

# **BRUKER- OG FAGORGANISASJONERS ERFARINGER MED KONTROLLKOMMISJONENE**

**I**

## **DET PSYKISKE HELSEVERN**

Av

Anne Romsaas

Masteravhandling i rettssosiologi – RSOS5001

Institutt for kriminologi og rettssosiologi

Universitetet i Oslo – høst 2008

# Sammendrag av Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern

**En masteroppgave i rettssosiologi av Anne Romsaas**

**Institutt for kriminologi og rettssosiologi**

**Universitetet i Oslo – høst 2008**

Denne oppgaven tar for seg kontrollkommisjonene i psykisk helsevern.

Kontrollkommisjonene har som hovedoppgave å ivareta pasienters rettssikkerhet ved å sikre at det ikke skjer urettmessig frihetsberøvelse og tvangsbruk. De er således domstolsliknende forvaltningsorgan. Deres instruks er å fungere som klageinstans for nærmere bestemte avgjørelser truffet etter psykisk helsevernloven, i tillegg til å etterprøve vedtak om tvungen psykisk helsevern på eget initiativ. Videre skal kontrollkommisjonene, i den utstrekning det er mulig, føre kontroll med pasientens velferd. Kontrollkommisjonene beskrives derfor ofte som en *rettssikkerhetsinstans* i det psykiske helsevern. Det har i lengre tid vært reist kritikk mot kvaliteten på arbeidet til disse kommisjonene og det har fra enkelte hold vært hevdet at kommisjonene ikke fungerer fullt ut som de rettssikkerhetsinstansene de er ment å være. Jeg skal gjennom kvalitative intervjuer med representanter for bruker- og fagorganisasjoner med tilknytning til det psykiske helsevern, søke å finne disse representanters erfaringer av kommisjonenes utfordringer som rettssikkerhetsinstans.

Jeg gjennomførte kvalitative intervjuer med representanter fra LPP, Rådet for Psykisk Helse, Norsk Psykiatrisk Forening, samt to representanter fra Mental Helse, et lokalt medlem og et i administrativ stilling.

Jeg finner det derfor nærliggende å stille opp følgende problemstilling;

- 1. Hva slags erfaringer har bruker- og fagorganisasjoner av kontrollkommisjonens evne til å fungere som rettssikkerhetsinstans?**

## **1 Innholdsfortegnelse**

|                 |  |                  |
|-----------------|--|------------------|
| <b><u>1</u></b> | <b><u>INNHALDSFORTEGNELSE</u></b>                | <b><u>II</u></b> |
| <b><u>2</u></b> | <b><u>INNLEDNING</u></b>                         | <b><u>1</u></b>  |
| <b>2.1</b>      | <b>Reitgjerdet-saken</b>                         | <b>2</b>         |
| <b>2.2</b>      | <b>Juklerød-saken</b>                            | <b>4</b>         |
| <b>2.3</b>      | <b>Tema og problemstilling</b>                   | <b>5</b>         |
| <b>2.4</b>      | <b>Metodisk tilnærming</b>                       | <b>7</b>         |
| 2.4.1           | Valg av forskningsdesign                         | 9                |
| 2.4.2           | De kvalitative intervjuene                       | 10               |
| 2.4.3           | Etiske betraktninger                             | 11               |
| 2.4.4           | Oppgavens videre oppbygning                      | 11               |
| <b><u>3</u></b> | <b><u>TEORETISKE PERSPEKTIVER</u></b>            | <b><u>13</u></b> |
| <b>3.1</b>      | <b>Makt</b>                                      | <b>13</b>        |
| <b>3.2</b>      | <b>Rettigheter</b>                               | <b>15</b>        |
| <b>3.3</b>      | <b>Rettsikkerhet</b>                             | <b>18</b>        |
| <b>3.4</b>      | <b>Kontrollkomisjonenes i psykisk helsevern</b>  | <b>20</b>        |
| <b><u>4</u></b> | <b><u>EVALUERING AV KONTROLLKOMMISJONENE</u></b> | <b><u>26</u></b> |
| <b>4.1</b>      | <b>Datainnsamling</b>                            | <b>27</b>        |

|                 |  |                  |
|-----------------|--|------------------|
| <b>4.2</b>      | <b>De vesentlige funnene i Evalueringsrapporten</b>            | <b>29</b>        |
| 4.2.1           | Informasjon  | 29               |
| 4.2.2           | Klagebehandling  | 29               |
| 4.2.3           | Etterprøving uten klage  | 38               |
| 4.2.4           | Velferdskontroll   | 42               |
| 4.2.5           | Rammebetingelser   | 46               |
| <b><u>5</u></b> | <b><u>AKTUELL FORSKNING PÅ PSYKISK HELSEVERN-FELTET</u></b>    | <b><u>50</u></b> |
| <b>5.1</b>      | <b>Den faglig ansvarlige for vedtak i psykisk helsevern</b>    | <b>51</b>        |
| 5.1.1           | Vesentlige funn ved Kompetansesenterets prosjektrapport        | 52               |
| <b>5.2</b>      | <b>SINTEF-rapporten</b>  | <b>53</b>        |
| 5.2.1           | Datainnsamling   | 54               |
| 5.2.2           | Sentrale momenter ved SINTEF-rapporten                         | 55               |
| <b><u>6</u></b> | <b><u>KONTROLLKOMMISJONENES RAMMEBETINGELSER</u></b>           | <b><u>59</u></b> |
| <b>6.1</b>      | <b>Arbeidsbelastning</b>                                       | <b>60</b>        |
| 6.1.1           | Rettssikkerhetmessige konsekvenser av en økt arbeidsbelastning | 64               |
| <b>6.2</b>      | <b>Behandlingsvilkåret versus farevilkåret</b>                 | <b>67</b>        |
| 6.2.1           | Operasjonalisering av farebegrepet                             | 69               |
| 6.2.2           | Profesjonsbegrepet   | 73               |
| <b>6.3</b>      | <b>Kompetanseheving</b>  | <b>78</b>        |
| 6.3.1           | Tette faglige bånd   | 79               |
| 6.3.2           | En styrket overprøvingsmyndighet                               | 81               |
| <b>6.4</b>      | <b>Kommisjonenes sammensetning</b>                             | <b>83</b>        |
| <b>6.5</b>      | <b>Kommisjonenes uavhengighet</b>                              | <b>86</b>        |
| <b><u>7</u></b> | <b><u>DESENTRALISERING AV DET PSYKISKE HELSEVERN</u></b>       | <b><u>92</u></b> |
| <b>7.1</b>      | <b>Konsekvenser for kontrollkommisjonenes arbeide</b>          | <b>93</b>        |

|                 |   |                   |
|-----------------|---|-------------------|
| <b><u>8</u></b> | <b><u>OPPSUMMERING OG AVLUTTENDE BEMERKNINGER</u></b> | <b><u>97</u></b>  |
| <b><u>9</u></b> | <b><u>LITTERATURLISTE</u></b>                         | <b><u>100</u></b> |

## 2 Innledning

Innen psykisk helsevern er respekt for menneskers selvbestemmelse, personlige frihet og integritet sentrale begreper. Som grunnprinsipp skal all helsehjelp være basert på frivillighet. Det forekommer imidlertid tilfeller der det blir nødvendig for samfunnet å gripe inn med tvangsmakt overfor personer som på grunn av sin psykiske lidelse ikke er i stand til å vurdere sitt eget behov for behandling, eller der det foreligger fare for eget eller andres liv og helse.

Det overordnede tema for denne oppgaven er kontrollkommisjonene i psykisk helsevern. Kontrollkommisjonene har som hovedoppgave å ivareta pasienters rettssikkerhet ved å sikre at det ikke skjer urettmessig frihetsberøvelse og tvangsbruk. De er således domstolsliknende forvaltningsorgan. Deres instruks er å fungere som klageinstans for nærmere bestemte avgjørelser truffet etter psykisk helsevernloven, i tillegg til å etterprøve vedtak om tvungen psykisk helsevern på eget initiativ. Videre skal kontrollkommisjonene, i den utstrekning det er mulig, føre kontroll med pasientens velferd. Kontrollkommisjonene beskrives derfor ofte som en *rettssikkerhetsinstans* i det psykiske helsevern.

Det har de siste årene vært en omfattende offentlig satsing på området psykisk helsevern. Vi er for tiden inne i det siste året for Opptrappingsplanen for psykisk helse, et niårig prosjektarbeid som har hatt som mål å sikre at mennesker med psykiske lidelser gis mulighet til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv.

Dette prosjektarbeidet ble konsekvensen av St.mld.nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*. Denne stortingsmeldingen avslørte et helsetjenestetilbud ”som sviktet i alle ledd” i forhold til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Det ble derfor fremmet forslag om en økonomisk forpliktende opptrappingsplan som skulle bidra til å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk for pasienter med psykiske lidelser der brukerperspektivet skulle stå i sentrum.

Opptrappingsplanens ulike tiltak er i hovedsak av faglig, organisatorisk og økonomisk karakter, og rettslige virkemidler er ikke gjenstand for et eget satsningspunkt. Men i forarbeidene til

endringer i psykisk helsevernloven gjøres det likevel klart at de verdiene som ligger til grunn for opptrappingsplanen også er viktige premisser for dette lovarbeidet. Hensikten med lovforslaget er dermed å styrke pasientrettighetene innenfor psykisk helsevern og slik bidra til en normalisering av psykiske lidelser (Ot.prp.nr.65 (2005-2006)). Med denne lovrevisjonen fikk pasientene i psykisk helsevern et enda sterkere lovfestet rettighetsvern.

Det er ikke overraskende at denne opptrappingsplanen fikk slik tilslutning ved behandlingen i Stortinget. Psykisk helsevern har i løpet av de siste årene blitt gjenstand for stadig større grad av oppmerksomhet fra både politikken, fagorganisasjonene og forskningsmiljøene. Samtidig har det blitt en økende grad av erkjennelse av behovet for rettssikkerhetsgarantier i helsevesenet, både innenfor psykiatrisk såvel som somatisk medisin. I særlig grad kommer dette behovet til syne når helsevesenet gis mer eller mindre omfattende fullmakter for bruk av tvang, slik forholdet er ved tvungent psykisk helsevern. Det er denne dimensjonen som gjør det nødvendig med slike rettssikkerhetsinstanser som kontrollkommisjonen representerer, da myndighetenes maktpotensiale gjennom slike tvangsfullmakter har vist seg å være betydelig.

For å illustrerer hvilket tvangsgrunnlag som ligger tilgjengelig i det psykiske helsevern, kan det være fruktbart å gjøre rede for to saker som rystet det norske samfunnet i vår nære historie.

## 2.1 Reitgjerdet-saken

Reitgjerdet sykehus var et spesialsykehus for særlig farlige og vanskelige sinnslidende menn. De som satt her var fanget opp i grenselandet mellom strafferettspleien og psykisk helsevern og var ansett for å utgjøre en betydelig risiko for samfunnet.

I februar 1980 står en ung lege ved navn Svein Solberg tiltalt for å ha hjulpet en pasient med å rømme fra anstalten. Han hadde angivelig gjort dette for å rette søkelys på forholdene ved sykehuset som han anså som svært klanderverdige. Saken fikk mye omtale da det først ble kjent, men allerede før saken var rukket å komme for retten hadde skandalens sensasjon lagt seg (Andenæs, 1994). Men den påfølgende rettssaken avdekket en rekke forferdelige og ulovlige forhold ved sykehuset. Gjennom vitnemål ble retten presentert for flere tilfeller av ulovlig bruk av tvangsmidler, ulovlig brevsensur og mangelfull medisinsk behandling (ibid s. 30).

Avsløringene avdekket at et stort antall personer hadde vært utsatt for langvarig ulovlig innesperring og ulovlige behandlingsmetoder. Dermed var skandalen et faktum.

Det sentrale spørsmål for alle som engasjerte seg var dette; hvordan kunne dette skje? Hvor var kontrollmekanismene som skulle hindre slike overgrep?

Det ble oppnevnt en granskingskommisjon under ledelse av Høyesterettsdommer Knut Blom, og allerede august samme år leverte denne inn en sterkt kritisk rapport over forholdene ved sykehuset (Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus, 1980). Rapporten bekreftet en rekke av de punktene som var kommet frem gjennom vitneførselen i rettssaken mot den unge legen. Det vitner, ansatte og pasienter hadde fortalt i retten viste seg å stemme. Rapporten dokumenterte overgrep, lemfeldig terapi, overdreven bruk av tvangsmidler og en lite refleksiv psykiatrisk virksomhet. I etterkant av granskingsrapporten ble det nedsatt et erstatningsutvalg som utredet grunnlaget for erstatninger til de hardest rammede av pasientene ved sykehuset, og selve institusjonen Reitgjerdet ble besluttet nedlagt.

I innstillingen til ny psykiatrilov som ble lagt fram i 1988 ble påpekt at Reitgjerdet-saken var en viktig pådriver i arbeidet med å utvikle en lovgivning som kunne sikre pasientene en større grad av rettssikkerhet (NOU 1988:8). De skriver;

”Reitgjerdet-saken har satt dype spor i norsk psykisk helseverndebatt. Som vist foran hadde debatten pågått lenge. Men Reitgjerdet-sakene bidro til å vekke opinionen på en mer drastisk måte. Det var et sjokk for norsk opinion at så grove overtramp kunne finne sted i dagens Norge. Det var en skuffelse for svært mange at de kontrollmekanismer man hadde etablert (kontrollkommisjonen, domstolskontroll og sykehusets egenkontroll) fungerte så dårlig.(..) Det er vanskelig å måle hva Reitgjerdetsaken har betydd for norsk helseverndebatt. Men det kan ikke herske tvil om at den bidro bl.a. til å styrke kravet om bedre rettsregler for alle psykiatriske pasienter. Det er mulig at mye av det som har skjedd på psykisk helsevernsektor etter Reitgjerdet kunne ha skjedd uavhengig av Reitgjerdet-sakene. Men det moralske motivet hadde ikke vært så sterkt, og mulighetene for overgrep ikke så veldokumenterte.” (NOU 1988:8, s. 33).

Nå ble det aldri noen ny psykiatrilov fra denne innstillingen, forslaget kom aldri gjennom den politiske behandlingen. Men den kritikken som ble reist både i forkant og gjennom denne innstillingen medvirket til en generell kritikk av psykiatrien og en årvåkenhet i forhold til rettssikkerhet for pasienter innenfor det psykisk helsevern.



Man skulle anta at den type overgrep som her ble avslørt kan regnes til unntakene og ikke regelen innenfor det psykiske helsevernet i Norge. Men avsløringene av disse overgrepene fikk satt dagsorden for de problemer som oppstår i brytningen mellom tvang og behandling, der vide fullmakter for tvangsinngrep gjør systemet sårbart for overtramp.

Reitgjerdet-saken viste i all sin tydelighet hvor viktig det er at man har et effektivt og uavhengig kontrollapparat, slik at denne typen overgrep ikke kan forekomme.

Men Reitgjerdet-saken fikk ikke stå alene som skandale særlig lenge. Allerede på samme tid som selvransakelsen preget den psykiatriske diskusjonen, ble det begått nye overgrep et annet sted i landet. Denne gangen i Oslo.

## 2.2 Juklerød-saken

Arnold Juklerød fikk sitt første møte med det psykiske helsevernet i en alder av 47 år. Frem til dette var han en velfungerende, arbeidsom kar fra Drangedal med kone og små barn. Hans misere her i livet skulle bli en krangel med de offentlige myndigheter vedrørende nedleggelse av den lokale folkeskolen. Niels Chr. Geelmuyden skriver;

”Juklerød ble tvangsinnlagt og diagnostisert som paranoid på basis av vrangforestillinger om skolemyndighetene. Saken er den at Arnold Juklerød mot sin egen stemme i 1968 ble valgt til å lede foreldreaksjonen mot nedleggelse av Holtane skole i Kragerø. I kampen for å bevare skolen der hans yngste datter, Eva, skulle begynne, avdekket han en serie misligheter og lovbrudd fra myndighetenes side.” (Geelmuyden, 2002, s. 76).

Dette skulle vise seg å bli en livslang kamp mot det psykiatriske helsevernet. Hans kamp mot det han anså for å være uriktig myndighetsutøvelse i håndteringen av skolesaken ble møtt med steil front fra myndighetenes side. Først de senere år har det kommet fram at hans kritikk av den offentlige myndighetsutøvelsen i denne saken var berettiget. Kommunen brøt loven ved nedlegging av de lokale folkeskolene (ibid s. 99).

Juklerød ble vandrende inn og ut av Gaustad sykehus resten av sitt liv. Det rettslige grunnlaget for hans frihetsbrøvelse ble begrunnet i stadig skiftende og omfattende diagnoser, med ”kverulant paranoia” som den mest omtalte. Da Gaustad ved løslatelse ikke ville ”avdiagnostisere” ham, valgte Juklerød å bli inntil det han oppfattet som en uriktig diagnose ble strøket. Slik begynte en ny kamp mot det psykisk helsevernet, en kamp om definisjonsmakt og ønske om renavking.

Det vesentlige også i denne saken er fraværet av de kontrollinstanser som skal korrigere den utøvende myndighet ved slike administrative frihetsberøvelser. Juklerøds sak gikk gjennom alle rettsinstanser uten medhold og hans klager til kontrollkommisjonen førte ikke frem. De rettslige instansene klarte ikke overprøve det medisinske skjønnnet som legitimerte denne langvarige frihetsberøvelsen, da innleggelsesvedtaket var grunngitt i medisinsk behandlingsøymed og med psykiatriske diagnoser som begrunnelse.

Geelmuyden og også flere andre forfattere og fagfolk har søkt å renske Juklerød fra de anklager og de diagnoser som ble sittende ved ham helt til hans død. Og spørsmålene de stiller er velkjente; hvordan kunne dette skje? Hvor var kontrollmekanismene som skulle hindre slike overgrep?

Og mer nærliggende; kan slike overgrep skje i dag?

Disse to eksemplene jeg har nevnt står ikke alene. Gjennom forskning innenfor en rekke felter har det de siste tiårene blitt avslørt forhold ved det psykiske helsevernet som gir grunn til bekymring ( bla a Norvoll, 2002).

Samtidig har vi på grunn av denne forskningen hatt mulighet til å kunne endre de forhold som gjør slike systemer så sårbare. Som jeg senere skal gå nærmere inn på har man gjennom utvikling av lovgivning og en generell rettsliggjøring søkt å imøtekomme en del av denne sårbarheten. Dermed lar jeg disse to bildene stå som eksempler på hvor galt det kan gå når kontrollen svikter i møtet med mennesker, og vil videre søke å gjøre rede for denne kontrollens kvaliteter i dag.

## 2.3 Tema og problemstilling

Tema for denne oppgaven er kontrollkommisjonene og deres funksjon som rettssikkerhetsinstanser for pasienter tilknyttet psykisk helsevern.

Det har i lengre tid vært reist kritikk mot kvaliteten på arbeidet til disse kommisjonene og det har fra enkelte hold vært hevdet at kommisjonene ikke fungerer fullt ut som de rettssikkerhetsinstansene de er ment å være. I all hovedsak hevder kritikerne at kommisjonene lider under en for stor arbeidsbelastning, manglende faglig kompetanse, lang saksbehandling og manglende selvstendig initiativ, i tillegg til lojalitetskonflikter og personavhengighet. Jeg vil gå nærmere inn på detaljene i denne kritikken lenger ut i oppgaven. Det vesentlige i denne sammenheng er at kritikerne hevder at disse momentene i betydelig grad hindrer kommisjonen i å fungere som det tilsyns- og kontrollorganet det er ment å være.

Sett ut fra et rettssikkerhetsperspektiv bør dette medføre en stor grad av bekymring, da en svekket funksjon hos et slikt tilsynsorgan vil kunne ramme mennesker i en særdeles svak stilling. Jeg ser det derfor som nærliggende å stille spørsmål ved kommisjonenes evne til å fungere som en slik rettssikkerhetsinstanser innenfor det psykiske helsevern i dag.

Stilt overfor et slikt "case" kan det være flere innfallsvinkler som kan vise seg fruktbare. Det mest nærliggende ville være å gå til kilden selv, kontrollkommisjonene og spørre dem i hvilken grad de synes å fungere som rettssikkerhetsinstanser. En slik undersøkelse er allerede gjennomført og blir gjort rede for senere i denne oppgaven. Man kunne gått til kommisjonenes "motpart" i klagesaksbehandling og spurt der. Også dette har blitt gjort, og blir også referert til utover i oppgaven. Man kunne videre søkt å finne svaret på kommisjonenes utfordringer gjennom undersøkelser fra myndighetshold, eller gjennom profesjonsorganisasjonene. Felles for alle de innfallsvinklene jeg nå har nevnt er; perspektiv. Alle de nevnte kan sies å ha en tilknytning til det psykiske helsevern, enten fra kontroll eller fra behandler-siden.

Som en motsats til dette kunne det være interessant å gå til dem denne svakere stilte rettssikkerhetsfunksjonen rammer, nemlig pasientene selv. Deres perspektiv ville i så måte være et ganske annet enn de foran nevnte. Slike undersøkelser som angår mennesker i en sårbar livssituasjon, kan være etisk og metodisk vanskelig å gjennomføre.

Det finnes imidlertid en tredje innfallsvinkel som jeg finner særdeles fruktbar; å gå til bruker-, pårørende-, og fagorganisasjonene som jobber tett opp mot denne materien. I tillegg vil flere som er tilknyttet disse organisasjonene selv ha bruker-, eller pårørendeerfaring. Her vil perspektivet i større grad fremstå som uavhengig og uten direkte tilknytning med behandler-siden i det psykiske helsevern. Derimot fungerer flere av medlemmene i slike bruker- og fagorganisasjoner som legmedlemmer i kontrollkommisjoner, der de skal bidra til å vektlegge bruker- og pårørendeperspektivet.

Jeg finner det derfor fruktbart å gå til disse bruker- og fagorganisasjonene og spørre dem om kommisjonenes utfordringer. Og jeg tror de vil være i stand til å gi meg svar ut fra deres førstehånds kjennskap til systemet. Et slikt perspektiv vil i stor grad være preget av personlig erfaring med det psykiske helsevern, og vil slik kunne bidra med et bruker-perspektiv.

Jeg finner det derfor nærliggende å stille opp følgende problemstilling;

## **2. Hva slags erfaringer har bruker- og fagorganisasjoner av kontrollkommisjonens evne til å fungere som rettssikkerhetsinstans?**

Nedenfor vil jeg gjøre rede for den metodiske tilnærmingen jeg vil legge til grunn for å søke å finne svar på denne problemstillingen.

### **2.4 Metodisk tilnærming**

Tema for denne oppgaven er kontrollkommisjonene i psykisk helsevern. En tilnærming til et slikt tema kan gjøres gjennom mange ulike innfallsvinkler, men jeg finner det mest fruktbart å nærme meg dette feltet ved bruk av kvalitativ metode. Kvalitative metoder skiller seg grovt fra de kvantitative ved at de søker å oppnå forståelse for fenomeners egenskaper, mens de kvantitative metodene er opptatt av å telle dem, og hvor hyppig de forekommer (Widerberg, 2001, s.15). Gjennom en kvalitativ tilnærming kan man søke en dypere forståelse for fenomener innenfor et problemkompleks og man oppnår ofte en annen nærhet til kilden enn ved mer formaliserte og strukturerte tilnærminger. En slik tilnærming åpner for flere ulike metoder for datainnsamling. Valg av metode vil i særlig grad avhenge av hva man ønsker å finne ut ved det temaet man har valgt seg ut. Thagaard omtaler kvalitative intervjuer som en fruktbar måte å innhente kunnskap om et område på. Hun skriver;

”Formålet med et intervju er å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon. Intervju gir data om hvordan informanten forstår erfaringer og begivenheter i sitt eget liv. Denne metoden gir et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser.”(Thagaard, 2003, s. 83).

Kvalitative intervjuer fremstår i lys av dette som en meget fruktbar metode for å belyse det tema og den problemstillingen jeg har valgt. Intervjuer vil kunne gi en større grad av nærhet til det området jeg ønsker å undersøke, og personlige erfaringer vil kunne bidra til å belyse de temaene som fremstår som vesentlige for en forståelse av dette feltet.

Jeg valgte derfor å utføre et felt der jeg hentet inn data gjennom kvalitative intervjuer.

I forkant av dette feltarbeidet gjennomførte jeg også dokumentanalyser av vesentlige dokumenter og forskning på området. Thagaard beskriver dokumentanalyse slik;

”Dokumentanalyse benyttes ofte i kombinasjon med intervju eller observasjon. Relevante kilder for samfunnsvitenskapelige analyser kan både være offentlige dokumenter som er knyttet til virksomheten i organisasjoner eller institusjoner, og private dokumenter som brev, dagbøker osv. Et fellestrekk for en analyse for ulike typer dokumenter er at teksten foreligger før forskningsprosjektet begynner.” (Thagaard, 2003, s. 12).

Ved en slik tilnærming er det viktig å forholde seg til at dokumentene og således kildene er skrevet for et annet formål enn det en som forsker skal bruke dem til og en må derfor være varsom med å trekke hastige slutninger fra materialet (ibid, 2003). Det er viktig at kildene vurderes i forhold til den konteksten de er utformet i og at det tas høyde for de ulike metodologiske forutsetningene som preger ulike kilder.

Mitt materiale til dokumentanalysen ble samlet inn gjennom en til dels bibliografisk metode, der jeg ved analyse av et dokument eller en forskningsrapport gikk videre til disse dokumentenes kilder. På den måten kom jeg over store mengder litteratur og infomasjonsmateriell som har hatt stor betydning i utformingen av denne oppgaven. Store deler av dette tilfanget dukker ikke opp som litteraturhenvisninger og det refereres heller ikke til, i det stoffet som foreligger. Men det er ikke dermed sagt at disse kildene ikke har vært av betydning. De har i stor grad preget min videre evne til å analysere og håndtere de kildene jeg jobbet med, da de bidro til et bakgrunnstappe av kunnskap og forståelse for de systemene og områdene jeg studerte. Tove Thagaard viser til at analyser av kvalitative data kan sees som en fortløpende prosess der forskeren hele tiden gjør aktive valg i forhold til det materialet en har forelagt (ibid, s.109). De valgene forskeren tar i denne prosessen kan sees som analytiske valg da de bidrar til å utvikle en forståelse hos forskeren i løpet av feltarbeidet, og selve prosessen er i bunn preget av analyse. I arbeidet med mitt materiale for dokumentanalyse var denne prosessen preget av en stor grad av utsiling av materiale som ikke var relevant verken for tema eller problemstilling. Dette kan beskrives som en *utsilingsprosess* i eget materiale (Holme og Solvang, 1993). En ulempe med en slik prosess er at ved lite årvåkenhet i forhold til balansen i materialet kan dette medføre en tilfeldig materialinnsamling og dermed en skjevhet i utvalget. I mitt eget materiale var dette et aspekt jeg var bevisst på ved innhenting av kilder til analysen slik at jeg ville oppnå en best mulig balanse i utvalget. Særlig ønsket jeg å finne litteratur og dokumenter som kunne bygge bro over den ofte så

sprikende meningsutvekslingen som kommer til uttrykk på dette området. I relasjon til temaet psykiatri er det veldig steile fronter som gjør seg gjeldende, og det kunne til tider synes vanskelig å finne litteratur og dokumenter som opererte uavhengig av disse frontene.

I dokumentanalyse finnes det videre et begrep om *opphavsbestemmelse*. (Holme og Solvang, 1993). Med dette menes at man som forsker skal søke å fastslå hvilken tilknytning kilden har til den konteksten han er en del av. En slik tilknytning vil kunne prege den vinklingen som fremkommer gjennom materialet og ved en liten bevissthet rundt dette vil materialet kunne tolkes feil. Dette var særlig fruktbart å ha i bakhodet da jeg leste meg gjennom store deler av psykiatri-kritisk litteratur, da dette er ofte litteratur skrevet med en klar addressat.

Gjennom dokumentanalysen fikk jeg utviklet en før-forståelse av det feltet jeg skulle inn og gjøre kvalitative undersøkelser i. Jeg fikk derfor i stor grad dannet meg et fruktbart utgangspunkt for en videre datainnsamling, da jeg gjennom denne analysen hadde tilegnet meg en oversikt over aktuelle konflikter og problemer som omkranset dette temaet som jeg skulle undersøke.

#### 2.4.1 Valg av forskningsdesign

For å kunne besvare problemstillingen min fant jeg det som nevnt mest fruktbart med kvalitative intervjuer. Det finnes imidlertid andre tilnærminger som også kunne gitt et rikt materiale, men med den begrensning en masteroppgave gir er enkelte av disse metodene derfor lite fruktbare, da de ville kreve kvantitativt større plass og også tid.

Gjennom min dokumentanalyse ble jeg også klar over de begrensninger en slik analyse fungerer innenfor, da man er bundet opp de til grensene teksten gir i mye større grad enn ved kvalitative intervjuer. I løpet av denne dokumentanalysen gikk jeg gjennom relevant forskning som hadde blitt utført innenfor feltet psykisk helsevern, og jeg kom slik ut for en evalueringsrapport av kontrollkommisjonene. Denne hadde blitt utført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomført av Sosial- og helsedirektoratet. Formålet med evalueringen var å se nærmere på virksomheten til kontrollkommisjonene og den kvaliteten som denne virksomheten utgjorde. Det var antatt at disse kommisjonene ikke fungerte optimalt og man søkte derfor å gjennomføre en bred evaluering for slik å kunne vurdere eventuelle tiltak som ville bedre situasjonen.

Det ble klart for meg at jeg ønsket gjennom mine problemstillinger å ta utgangspunkt i denne evalueringen og ta de momentene som ble listet opp der med videre, og slik problematisere noen av de spørsmålene denne rapporten stilte.

I denne evalueringen hadde alle kontrollkommisjonene i hele landet deltatt, og jeg fant det derfor ikke så fruktbart å gjennomføre en liknende undersøkelse med kommisjonene på nytt.

Istedet fattet jeg interesse for hele dette feltet som opererer rundt kommisjonene og det psykiske helsevern; brukerorganisasjoner, pårørendeorganisasjoner og ulike fagorganisasjoner. Dette er organisasjoner som er aktive i debatten rundt det psykiske helsevern, flere av dem er faste høringsinstanser i spørsmål som angår dette feltet. Jeg fant det derfor fruktbart å gjøre dem til siktemålet for de kvalitative intervjuene. Deres erfaringer og mangefaseterte kompetanse på området ville kunne gi et bredt bilde på kommisjonenes virke. De vil med sin førstehåndskunnskap til feltet være godt skikket til å komme med kvalifiserte vurderinger på dette feltet. I særlig grad var jeg interessert i å finne ut hva disse organisasjonene mente om kommisjonene, deres virke og funksjon, og ikke minst deres legitimitet.

Det vesentlige her er at jeg ikke hadde som forventning at disse skulle fungere som premissleverandører for en vidrer debatt om kommisjonenes virke. Siktemålet for intervjuene var organisasjonsrepresentantenes egne opplevelser av kommisjonene og den verdien de selv tillegger disse organene.

#### 2.4.2 De kvalitative intervjuene

Utvelgelsen av informanter til de kvalitative intervjuene ble foretatt i henhold til den kunnskapen jeg allerede hadde på området. Gjennom dokumentanalyse hadde jeg fått god kjennskap til feltet og hvilke organisasjoner som var innenfor målgruppen.

Jeg tok kontakt med Mental Helse, Rådet for Psykisk Helse, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP), Legeforeningen, Norsk Psykiatrisk Forening, Aurora og Sivilombudsmannen. Dessverre ble det aldri til et intervju med representanten for Aurora, de viste seg vanskelige å få tak i. Fra Sivilombudsmannens hold ble det hevdet at de hadde så lite kontakt med kontrollkommisjonene at de ikke satt på den rette kompetansen for at et slikt intervju skulle fremstå som fruktbart. Kontakten med Legeforeningen antok humoristiske former da jeg dag etter dag ble satt over fra sentralbordet til stadig nye saksbehandlere som ikke kunne hjelpe meg. Jeg hadde i utgangspunktet forsøkt å kontakte en navngitt saksbehandler som sto som forfatter av de fleste av foreningens høringsuttalelser i psykiatriske spørsmål. Det viste seg at hun hadde sluttet og ingen hadde erstattet henne, og således var Legeforeningen fullstendig uten psykiatrifaglig kompetanse. Det ble derfor ikke foretatt noen intervjuer her.

Jeg gjennomførte fem intervjuer med representanter fra LPP, Rådet for Psykisk Helse, Norsk Psykiatrisk Forening, samt to representanter fra Mental Helse, et lokalt medlem og et i administrativ stilling, heretter kalt Mental Helse sentral.

Flere av intervjuene ble i tillegg supplert med ringerunder som bidro til å utdype momenter som var kommet fram. To av intervjuene ble i sin helhet gjennomført over telefon.

Hvert intervju varte i overkant av en time og intervjuguiden besto av 16 semistrukturerte spørsmål som ga rom for samtaler utover rammene av disse spørsmålene. Samtalene ble ikke tatt opp på bånd men notert ned og skrevet ut etter beste evne i etterkant av intervjuene.

Intervjusituasjonene forløp fint, informantene var interesserte og delaktige. Med enkelte informanter gled til og med intervjuet sakte over i en mer uformell faglig diskusjon, som bidro med mange fine perspektiver og anekdoter.

Det var til en viss grad en ujevnhet i det materialet jeg fikk inn. Enkelte representanter hadde mye på hjertet og hadde også en tydelig faglig forankring, mens andre viste større usikkerhet til de delene av intervjuguiden som tok for seg de mer faglige sidene av kommisjonsordningen. Til tross for dette vil jeg hevde at representantene for bruker- og fagorganisasjonene ga meg mer materiale å jobbe med enn jeg hadde våget å håpe på.

I det følgende vil jeg vise til informantene som *representantene* for bruker- og fagorganisasjonene, da jeg finner dette mer dekkende enn ved kun å kalle dem informanter.

### 2.4.3 Etske betraktninger

Informantene er anonymisert ved person men ikke i kraft av sin tilhørighet til organisasjon. Det er nettopp et vesentlig poeng ved den senere analysen at man vil være i stand til å skille mellom de ulike organisasjonenes uttalelser. En fullstendig anonymisering ville frata stoffet en mulighet for analyse av de ulike organisasjonenes tilknytning til, og erfaring med, kommisjonene.

Informantene ble informert om at de ville representere organisasjonen, men at de personlig ville være sikret full anonymitet. Alle nedtegnelser fra intervjuene er behandlet strengt konfidensielt.

### 2.4.4 Oppgavens videre oppbygning

Jeg vil i det videre først gå igjennom noen teoretiske perspektiver som gjør seg gjeldene når temaet psykisk helsevern er oppe til diskusjon.



Jeg vil forsøke å vise hvordan makt kan forstås på ulike måter innenfor det psykiske helsevern, og særlig i relasjon til tvang. Videre beskriver jeg den rettsliggjøringen som har funnet sted innenfor det sosial-og helsefaglige området og viser hvordan denne utviklingen har medført en endret rettighetssituasjon for pasientene innenfor psykisk helsevern. Deretter tar jeg for meg begrepet rettssikkerhet og viser hvordan reelle rettigheter og derigjennom rettssikkerhet er betinget av at det finnes apparater som kan fange opp og korrigere i tilfeller der loven ikke følges. Innenfor psykisk helsevern er det kontrollkommisjonene som er ment å ha en slik funksjon. Og jeg finner det derfor fruktbart å se nærmere på hvordan denne kontrollen har utviklet seg fram til i dag. Videre ser jeg på denne kontrollen i dagens situasjon.

Dermed går jeg igjennom Sosial- og helsedirektoratets evaluering av kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern. Denne rapporten avdekker flere momenter ved kommisjonenes funksjon og virke som sår tvil om hvorvidt disse kommisjonene er i stand til å fungere som rettssikkerhetsinstanser for pasienter i det psykiske helsevern.

For å få et enda bredere grunnlag for diskusjon tar jeg for meg aktuell forskning innenfor psykisk helsevern-feltet og gjør kort rede for to av dem, en rapport om den faglig ansvarlige for vedtak, og en SINTEF Helse-rapport som vektlegger den sosio-økonomisk svake posisjonen til pasientpopulasjonen innenfor psykisk helsevern. Rapporten viser også til store geografisk forskjeller i bruk av tvang. Funnene i denne rapporten er av særlig betydning for kommisjonenes evne til å fungere som en rettssikkerhetsinstans innenfor det psykiske helsevern.

Deretter følger selve hovedanalysen, der funnene fra feltet bringes inn i diskusjon med funnene fra evalueringsrapporten, i tillegg til aktuell litteratur. Her vil rammevilkårene for kommisjonenes arbeide utsettes for en granskning og det stilles spørsmål ved hvorvidt arbeidsbelastning, sammensetning, grad av formell kompetanse og grad av uavhengighet, samt flere andre momenter vanskeliggjør kommisjonens mulighet til å virke som rettssikkerhetsinstanser. Det overhengende perspektivet her er representantene for bruker- og fagorganisasjonene, og deres erfaring og holdning til kommisjonenes arbeid. Funnene fra dette feltet legger dermed til rette for to sentrale diskusjoner; håndtering av behandlingsvilkåret og kommisjonenes kompetanse. Tendensen med en økende desentralisering har i liten grad blitt problematisert innenfor dette

feltet, og jeg ser det derfor som hensiktsmessig å vurdere konsekvensene av denne tendensen opp mot kommisjonenes mulighet for å bedrive tilsyn og kontroll.

Avslutningsvis kommer oppsummering og en videreføring av de sentrale momentene som har fremkommet gjennom de foregående diskusjonene.

### **3 Teoretiske perspektiver**

#### **3.1 Makt**

Et viktig kjennetegn ved det psykiske helsevernet er dets potensiale til å utøve makt og sosial kontroll overfor sine pasienter. I et videre perspektiv kan man se dette som en gjenspeiling av samfunnets behov for kontroll av sosiale avvik og håndtering av den risiko som psykiske lidelser antas å medføre både for den enkelte pasient, og for samfunnet sett under ett. Gjennom bruk av tvang søker man å oppnå kontroll over situasjonen for den lidelsen rammer, og over den potensielle risiko dette kan utgjøre. Tvang kan slik sett begrunnes både med behandlingshensyn og kontrollhensyn, og begge begrunnelsene kan virke komplementerende for hverandre. Man kan søke å oppnå kontroll gjennom behandling, og også søke å oppnå behandling gjennom kontroll. Til grunn for begge hensynene ligger et potensiale for makt. Gjennom den sosiale kontrollen søker man å oppnå en sosial orden som skaper trygghet. Men sosial kontroll kan samtidig sees i en mer undertrykkende forstand. Det kan derfor være fruktbart å se litt nærmere på hvilke forståelser av makt som gjør seg gjeldende for et område som psykisk helsevern.

Max Weber definerte makt som ; ”ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber, 1982, s. 53). Dette gir i utgangspunktet en allmenn tilgang til makt, men der potensialet for å nyttiggjøre seg av makten er begrenset av den sosiale rangeringen. Slik vil noen ha større myndighet til å nyttiggjøre seg av sin posisjon og således få makt over andre. Makten kan slik forstås som relasjonell, der den parten i relasjonen som besitter mest makt også er den parten som har størst mulighet til å få sin vilje i en konfliktsituasjon. En viktig side ved Webers maktbegrep er at maktposisjonen ikke nødvendigvis trenger å kommuniseres eksplisitt, men at

den gjenkjennes i muligheten til å få sin vilje igjennom. Slik kan makt fastne til i relasjoner utover det rent mellommenneskelige og ta form innefor sosiale systemer og samfunnskonstrukturer. Benytter man dette perspektivet i forhold til psykisk helsevern, vil selve institusjonen og pleieapparatet kunne fremstå som en sterkere part i relasjonen enn den enkelte pasient vil gjøre. Og maktpotensialet til det psykiske helsevernet trenger heller ikke uttrykkes for å manifestere seg, men finnes som en forventning i samspillet mellom pasient og behandler.

Michel Foucault ser på makt, sosial kontroll og kunnskapsproduksjon som elementer som gjensidig forutsetter og gjensker hverandre (Foucault, 1999, 2001). Gjennom flere historiske analyser viser han hvordan kunnskapsproduksjon alltid har fungert som en premissleverandør for maktens tilstedeværelse, der kunnskapen understøtter maktens legitimitet og derigjennom betinger ny kunnskapsproduksjon. Ved å ta for seg utviklingen av de store fengselsinstitusjonene i Europa viser han hvordan disse kan sees som et uttrykk for en mye større samfunnsmessig strukturering, en normaliserende myndighet som han hevder gjennomsyrrer store deler av samfunnet. Foucault beskriver overvåknings- og disiplinerings teknikker som har utviklet seg innen hæren, i skolene, sykehusene, fabrikkene og verkstedene, og der det får sitt endelige uttrykk gjennom de store fengselsinstitusjonene. Denne utviklingen bredte seg til andre sosiale institusjoner, særlig mentalhospitalene der disiplinerings teknikkene ga dette medisinske området et fengselsaktig preg. Formålet med denne omfattende disiplineringen var å søke en normalisering av avviket hos pasientene. Slik blir tanken om det normale en vesentlig side ved tvangsmakten, da den muliggjør en avgrensning mellom avvik og normalitet. Til grunn for denne klassifiseringen ligger kunnskapsproduksjon gjennom utviklingen av de store samfunnsvitenskapene. Foucault beskriver dette som parallelle utviklinger, der systemet og kunnskapen gjensidig forutsetter hverandre (Foucault 2001).

Denne vitenskapelige kunnskapen og klassifiseringen av normalitet blir en viktig brikke i den maktrelasjon som oppstår ved de store sentralinstitusjonene. Kunnskapen blir makt, og makten er betinget av kunnskapen.

Sett i forhold til dagens psykiske helsevern kan dette perspektivet gi et fruktbart blikk på maktforholdene mellom pasient og behandler. Gjennom klassifiseringen av normalitet og avvik oppsto medisinske diagnoser (Foucault 1999). Bruken av slike diagnoser er i høyeste grad et spørsmål om makt, da disse diagnosene er en nødvendig forutsetning for å iverksette tvangstiltak overfor pasienter. De medisinske diagnosene legitimerer således tvangsinngrepet og gir samtidig

den ene parten i relasjonen en maktposisjon, på bekostning av pasienten. I tillegg gjør denne vitenskapelige kunnskapen det mulig å vurdere pasientene som objekter for analyse, noe som fratar pasientene makt til å fremsi sin egen fortelling. Denne klassifiseringen kan medføre en objektivisering av pasientene som gruppe og dermed frata de enkelte pasientenes evne til motmakt. Thomas Mathiesen beskriver fravær av evne til motmakt som avmakt ; ”Avmakt er å være i en situasjon hvor man ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller å motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv.” (Mathiesen, 1982, s. 64-65). I en tvangssituasjon vil en pasient være uten evne til å motsette seg den viljesutøvelsen fra institusjonens hold som pasienten blir utsatt for, eller forsøk på å sette seg til motverge vil ikke føre frem. Det ligger i selve tvangens logikk at det dreier seg om et inngrep som er uønsket fra pasientens side. Nettopp derfor er det viktig å være seg bevisst det maktgrunnlaget som ligger i denne tvangsmyndigheten.

Jusen har en sentral funksjon ved å legitimere dette tvangsgrunnlaget innenfor psykisk helsevern. På en rekke områder søker man gjennom rettslige virkemidler å regulere kontroll og tvang overfor psykisk syke pasienter (Syse, 2001). Dette kan fungere som skranker mot uriktige inngrep mot autonomien til pasientene, men samtidig kan jusen slik fungere som en støttespiller for bruken av tvang innenfor det psykisk helsevernet. Jusen skal kontrollere og begrense, men fungerer samtidig som en legitimerende faktor for inngrep.

### 3.2 Rettigheter

Slik Foucault viste i sine historiske analyser var innesperring av psykisk syke mennesker et viktig ledd i en ny form for samfunnskontroll (Foucault, 1999, 2001). Gjennom institusjonalisering ville man være i stand til en tilnærmet fullstendig kontroll over den syke. Både det administrative og det arkitektoniske var lagt til rette for en overvåkning av pasientene. Denne formen for institusjonalisering ble den dominerende behandlings- og kontrollform fra 1800-tallet og helt fram til deinstitusjonaliseringen på 1970-tallet (Hauge, 1996).

Deinstitusjonaliseringen kom som en reaksjon på en rekke samfunnsforhold. Særlig kan det påpekes den samfunnsforskningen som bidro til en stor debatt i samfunnet og innenfor sosiologien på 1950- til 1970-tallet. Erwing Goffmans analyse fra et feltarbeid ved et av de store mentalsykehusene i USA, ble særlig dominerende i debatten (Goffman, 1961). For Norges del

var det særlig bidraget fra Yngvar Løchen som bidro til å reise en debatt vedrørende forholdene ved slike institusjoner (Løchen, 1976).

Goffman beskrev slike mentalsykehus som *totale institusjoner*. Med dette menes en institusjon som er avskåret fra resten av samfunnet og der de innsatte lever i opp til flere år isolert fra omverdenen. Dette skapte en alternativ kultur, der den innsatte var i en fullstendig underordenet stilling i forhold til behandlerne. De innsatte var preget av avmakt, underdanighet og gjennomgikk en rekke krenkelsesprosesser i løpet av oppholdet.

Løchen beskrev slike institusjoner i Norge som organisasjoner preget av en indre spenning mellom behandling og kontroll. For å løse denne spenningen utviklet man det han kaller en *diagnostisk kultur* der man søkte å bøte for tilkortkommenhet i behandling og terapi med å sette nye diagnoser på det som normalt sett kunne tolkes som kritikk fra pasientene. Dermed trengte ikke institusjonene imøtekomme den kritikken eller motstanden som kom fra pasientene, men heller definere den bort. Som nevnt tidligere vil et slikt bortfall av mulighet for motmakt medføre avmakt, og denne diagnostiske kulturen førte til at pasientenes mulighet til å yte motstand mot behandling eller kontroll ble redusert.

Denne viktige kritikken og mange flere bidro til et kritisk søkelys på psykiatrien i sin helhet og institusjonene i sin særdeleshet.

På samme tid fremkom en økt bevissthet om rettigheter og forbrukervern (Syse, 2001). Dette kan sees i sammenheng med den generelle velstandsøkningen som vokste fram i etterkrigstidens velferdsstat i Norge. Pasientbehandling hadde frem til da hovedsakelig vært styrt av helsepersonellet selv gjennom det medisinske skjønnet, og var i mindre grad regulert rettslig. Unntaket fra dette var områder som gjaldt frihetsberøvelser og tvangsinnngrep. Med basis i rettsstatlige prinsipper har det vært en lang tradisjon for å kontrollere denne type myndighetsbruk. Men også innenfor dette området har det kommet krav om å styrke disse pasienters rettsstilling. Aslak Syse skriver;

”I løpet av 1980-årene ble temaet ”pasientrettigheter” et sentralt område i mediadebatten, helseforvaltningen og i norsk sosialrettsforskning. Selve ordet ble et positivt ladet begrep med stor argumentasjonskraft i helsepolitikken. Pasienter hadde også tidligere hatt enkelte rettigheter, men nå ble det fart i utviklingen av pasientrettigheter med en tilsvarende styrking av pasientenes rettssikkerhet.” (Syse, 2001, s. 29).

Syse viser til en rekke ulike årsaker til denne fremveksten av pasientrettigheter. Norges utvikling til et materielt sett rikere samfunn ga et økonomisk grunnlag for å gi flere grupper rettigheter. Samtidig hadde helsesektoren vokst seg stor og mektig både materielt og kompetansemessig, og rettigheter for pasientene var derfor viktig for å imøtekomme denne maktubalansen. Særlig var påvirkningen fra etterkrigstidens vektlegging av menneskerettigheter vesentlig for utviklingen av pasientrettigheter i Norge, da retten til helse er regulert der. En økende forvaltning krevde klarere rammebetingelser og -begrensninger, og særlig ble forvaltningens saksbehandling ytterligere regulert. Dette bidro til å gi pasienter styrket rettssikkerhet i møte med forvaltningen, i særdeleshet gjennom styrkede anke- og klagemuligheter.

Abjörn Kjønstad beskriver denne utviklingen av rettigheter for pasienter som skjedde på 1970- og 1980-tallet som en pionertid for helserettslig forskning, og hevder det var et av de mest ekspansive feltene innenfor norsk rettsvitenskap;

”Ved årtusenskiftet ble det vedtatt syv meget viktige helselover i løpet av to år (1999 og 2001). Det var lovene om spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, pasientrettigheter, helsepersonell, helseregistre, pasientskadeerstatning og helseforetak.

Min hovedkonklusjon er at det har skjedd en omfattende rettsliggjøring av helsesektoren, og med etablering av en rekke viktige pasientrettigheter som det sentrale kjennetegnet ved rettsutviklingen. Dette har skjedd i en interaksjon mellom en rekke aktører, hvor rettsvitenskapen, advokatene, domstolene og lovgiver har spilt de viktigste rollene.” (Kjønstad, 2004, s. 386).

Denne rettsliggjøring har av flere blitt omtalt som en forvitring av demokratiet da det har skjedd en forskyvning av makt fra folkevalgte organer til ekspertiseområder som jus og økonomi. Det var også denne konklusjonen Maktutredningen havnet på (Østerud, Engelstad og Selle, 2003). Denne påstanden har blitt møtt med kritikk fra en rekke hold, særlig fra rettsvitenskapen (Blichner og Molander, 2006). Det hevdes at man ikke kan trekke slike klare skiller mellom demokrati og rett da dette er størrelser som forutsetter hverandre og samtidig trekker veksler på hverandre. Samtidig påpekes det at det de velger å kalle en *juridifisering* heller beriker snarere enn begrenser det politiske spillerommet.

Rettigheter kan slik sees som politiske styringsenheter, der man søker å regulere samfunnsforhold gjennom bruk av lovgivning. Syse beskriver dette som en overgang fra en myk styringsform der økonomiske incitament og retningslinjer preger den offentlige politikken, til en hardere linje der lover og forskrifter benyttes for å gjennomføre praktisk politikk (Syse, 2001). Dette faller sammen med et krav om en økende politisk styring av helsevesenet, der staten blir stående som garantist for kvaliteten på behandlingen.

### 3.3 Rettssikkerhet

I begrepet rettssikkerhet ligger det en forventning om kontroll av myndighetenes maktutøvelse, slik at forholdet mellom staten og borgere reguleres. Begrepet kan føres tilbake til utviklingen av rettsstatsbegrepet på midten av 1800-tallet (Sunde, 2002).

Rettssikkerhetsbegrepet er et sammensatt begrep og kan forstås på flere måter. Særlig to måter å beskrive begrepet på har gjort seg gjeldende; regelsikkerhet og rettighetssikkerhet. Tradisjonelt har det vært lagt mest vekt på regelsikkerheten. Dette innebærer at en avgjørelse skal være i samsvar med gjeldende rett (ibid, s. 381). I dette ligger det at det skal finnes lover som hindrer vilkårlighet og unødvendige inngrep i den private sfære, og derigjennom sikre forutsigbarhet for borgerne. Dette søkes løst gjennom bruk av rettssikkerhetsgarantier, særlig kontradiktorisk saksbehandling og mulighet for å få saken overprøvet av et overordnet organ eller domstol. Ved rettighetssikkerhet har myndighetene gjennom enkelte regler pålagt seg selv plikter og dermed skapt rettigheter for borgerne. Rettighetene kan innebære enten negative eller positive forpliktelser for myndighetene. Rettighetene kan være hjemlet i forskrift, lov eller grunnlov. I juridisk teori er det vanlig å skille mellom rettsvern og rettssikkerhet (ibid s. 382). Det førstnevnte utgjør statens forpliktelse til å beskytte borgerne mot overgrep fra andre borgere, mens rettssikkerhet er statens forpliktelse til å beskytte borgerne mot overgrep fra staten. Det er denne sistnevnte som i hovedsak er av betydning når man diskuterer rettssikkerhet opp mot psykisk helsevern. Man kan tenke seg at elementer av rettsvern også kan gjøre seg gjeldende innenfor en institusjon der beboere kan blir utsatt for overgrep fra andre beboere. Men siden det her er snakk om pasienter innenfor et offentlig ansvarsområde vil man måtte anta at myndighetenes forpliktelser overfor pasientene her gjør seg gjeldende og at det vil være omfattet av rettssikkerhetsproblematikken.

Juridiske forfattere definerer rettssikkerhetsbegrepet ulikt og flere skiller mellom et snevert eller formelt rettssikkerhetsbegrep og et vidt eller materielt rettssikkerhetsbegrep. Sunde beskriver det slik;

”Det snevre eller formelle rettssikkerhetsbegrepet stiller først og fremst krav om at avgjørelsene skal være i samsvar med gjeldende rett. Det vide eller materielle rettssikkerhetsbegrepet er et resultat av at man i tillegg til de formelle kravene har stilt krav til det materielle innholdet i avgjørelsene, og da særlig i form av krav om respekt for personlig integritet og beskyttelse mot overgrep. For å oppfylle både de formelle og de materielle rettssikkerhetskravene, blir det stilt opp en rekke såkalte rettssikkerhetsgarantier som skal ha som funksjon å oppnå målet om tilfredsstillende oppfyllelse av rettssikkerhet i et samfunn. Begrepet formell rettssikkerhet brukes også, i tillegg til det nevnte kravet om at avgjørelsene skal være i samsvar med gjeldende rett, om rettssikkerhetsgarantiene.” (Sunde, 2002, s. 382).

Rettssikkerhetsgarantiene kan således sees som ulike regler eller ordninger som fungerer som midler til å realisere rettssikkerhetskravene for slik å oppnå rettssikkerhet for borgerne. Særlig krav om saksbehandlingsregler, adgang til overprøvelse ved domstolene og legalitetsprinsippet er viktige rettssikkerhetsgarantier da de søker å sikre rettssikkerhet for borgerne i møte med myndighetene.

For pasienter i psykisk helsevern er disse garantiene av avgjørende betydning, da de blant annet beskytter mot tvangsinngrep som ikke er hjemlet i norsk lov, samt at det gir rettigheter i form av overprøving ved domstolene.

I St.meld nr. 32 (1976-1977) ”Rettssikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner” gjøres det rede for de utfordringer man står overfor ved rettslig regulering av slike institusjoner og det påpekes at pasientene er i en særegen posisjon i forhold til rettssikkerhet. Et problem ved gjennomføringen av rettssikkerhetsidealer innenfor psykisk helsevern er å oppnå at de aktuelle rettsreglene blir forstått og etterlevd av adressatene. Vesentlige spørsmål i dette henseende er hvem som anvender rettsreglene, hvem som fortolker og forstår rettsreglene, og i hvilken grad rettsanvendelsen er lojal mot lovens idealer.

Et sentralt problem innenfor psykisk helsevern er at reglene i utstrakt grad anvendes av ikke-jurister. Kristian Andenæs viser til hvordan ikke-jurister møter problemer når de blir satt til å anvende juridisk rasjonalitet innenfor fagområder som domineres av annen profesjonsrasjonalitet (Andenæs, 1989, 1985). Han skriver;



”Den juridiske metoden er forutsetningsvis et velkjent og nyttig verktøy for jurister ved tolking av rettsregler. Sammen med juristenes sosialisering skal den juridiske metoden bidra til forutberegnelighet og ensartethet i regelpraktiseringen. Men andre grupper som opptrer som regelanvendere har lite eller intet kjennskap til denne metoden. Deres utgangspunkt er ofte regler som er skjønnspregete, uklare og mangetydige og de har en annen måte å tenke på enn jurister. Det må nødvendigvis få konsekvenser for praktiseringen at de ikke kjenner den juridiske metoden.” (Andenæs, 1985, s. 142-143).

I relasjon til psykisk helsevern er det den faglig ansvarlige for vedtak ved institusjonene som er den som skal fatte juridiske beslutninger på et ikke-juridisk grunnlag ved vedtak om tvangsinngrep. Også det øvrige personellet vil måtte forholde seg til den rettslige reguleringen av vernet, gjennom ilegging av restriksjoner og kontroll, men ved psykisk helsevernloven ble det stilt krav til vedtaksfesting av inngripende tiltak, lik skjerming, og dette må derfor nå vedtaksfestes av den faglige ansvarlige ved institusjonen. Andenæs påpeker at siden en slik ikke-juridisk håndhevelse av juridiske områder nødvendigvis må medføre usikkerhet hva kvaliteten på slik håndhevelse angår, blir det desto viktigere at organet som er satt til å kontrollere denne håndhevelsen er av god kvalitet (Andenæs, 1989).

Dermed kan man si at reelle rettigheter og derigjennom rettssikkerhet er betinget av at det finnes apparater som kan fange opp og korrigere i tilfeller der loven ikke følges. Dette har man søkt å bøte på ved etableringen av kontrollkommisjonene i tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor være interessant å se på hvordan denne ordningen ble etablert.

### 3.4 Kontrollkommisjonenes i psykisk helsevern

Legen Herman Wedel Major var en sentral skikkelse i utviklingen av en lovregulering av sinnsykevesenet i Norge på 1840-tallet. Da Gaustad gård ble vedtatt bygget ut til ”Helbredelsesanstalt for Sindsvake” skulle Major sørge for at forholdene ble lagt best mulig til rette for helbredelse av sinnsyke (Mauritzen, 1999 s. 6). Flere europeiske land hadde på denne tiden fått en lovregulering av sinnsykevesenet og Major så behovet for dette også i Norge.

Dermed utarbeidet han et utkast som dannet grunnlaget for *Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848*, den første sivile ”sinnsykelov” i Norge.

Etter loven var det ikke mulig å legge seg inn frivillig, det var kun mulig etter begjæring fra familie eller politi. Vilkårene for innleggelse krevde at vedkommende var sinnsyk samt at innleggelsen måtte være hensiktsmessig enten for den syke selv eller nødvendig for den offentlige ro og orden. Dermed var ikke sinnsykdommen alene grunnlag nok for innleggelse, det var også et absolutt krav om hensiktsmessighet.

I 1846 reiste Major rundt i landet og undersøkte de sinnsykes kår. Han fant at mange sinnsyke ble holdt innesperret i mørke, kalde rom over lange perioder og uten særlig tilsyn eller materielle goder. Major så dermed behovet for en kontroll av asylenes virksomhet. Både en kontroll av forholdene i asylene samt en kontroll som skulle sikre at grunnvilkårene om sinnsykdom og hensiktsmessighet var oppfylt ved innleggelse.

Major brukte den engelske modellen som et forbilde da han satte seg fore å utvikle et kontrollorgan for sinnsykevesenet i Norge. I England hadde de en sentral kommisjon, ”Board of Control”, som var satt sammen av tre leger og tre jurister. De skulle kontrollere alle asylene i England gjennom inspeksjoner. Man antar at det var denne modellen Major ønsket innført i Norge, men at han møtte motstand i departementet (Mauritzen 1999 s, 8). Antakelig ble den norske geografien og de lange avstandene brukt som argument mot en slik sentralisert modell, da det ville være vanskelig å føre en fullverdig kontroll av alle asyl. Dermed ble løsningen en desentralisert modell der det ble opprettet en kontrollkommisjon ved hvert asyl. Major ville likevel beholde det han anså som de viktigste prinsippene i den engelske modellen, et krav om enkelhet i kontrollen og personlig ansvarlighet for personene som utførte kontrollen.

Reglene om kontrollkommisjonenes sammensetning ble nedfelt i Sinnsykelovens §7.

Kommisjonene skulle oppnevnes av Kongen og de skulle bestå av tre medlemmer der minst ett skulle være lege, det vanlige var at kommisjonene besto av to legemedlemmer. Det var ikke et krav om juridisk kompetanse og det var heller ingen regler hva gjalt habilitet. Hvor lenge kommisjonsmedlemmene skulle virke var heller ikke regulert (Ibid s. 9).

Sinnsykelovens §7 ble endret ved lov av 24. mai 1902. Nå skulle kommisjonene bestå av fire medlemmer der et skulle være kvinne. Det kvinnelige medlemmet ville være bedre skikket til å vurdere kvaliteten på maten de syke ble servert samt vurdere tiltak som ville gjøre det mer hjemmekoselig for de innlagte. Det ble også ansett som lettere for de kvinnelige innlagte å ta opp intime spørsmål med et kvinnelig kommisjonsmedlem enn med de mannlige. I asylers som kun hadde mannlige innlagte var det derfor ikke nødvendig med en utvidet kommisjon, og disse besto da bare av tre mannlige kommisjonsmedlemmer.

Alle saker i kontrollkommisjonene ble avgjort ved avstemming, slik at ved en utvidelse til fire medlemmer ble det behov for et regelverk som regulerte hva man skulle gjøre ved stemmelikhet. Dermed fikk kommisjonene formenn og deres stemme ville avgjøre der dette var tilfellet. Lovendringen medførte også en regulering av virketid for kommisjonsmedlemmene, satt til seks år men uten restriksjoner på gjenvalg.

I 1925 ble sinnsykelovens §7 igjen endret (Ibid s. 10). Antallet medlemmer ble redusert til tre men man beholdt kravet om at en av kommisjonsmedlemmene skulle være kvinne. Man ønsket å styrke legmannsskjønnet til fordel for det medisinske skjønnet, og så det ikke lenger nødvendig med to legeom medlemmer i kommisjonen. Erfaringene hadde vist at legene hadde dominert kommisjonene, særlig ved at en lege som regel var formann og dermed hadde dobbeltstemme. I forarbeidene til lovendringen ble det påpekt at det ikke var det medisinske skjønnet, hvorvidt sinnsykdom forelå, som skulle vurderes, men hensiktsmessigheten og nødvendigheten ved innleggelse under tvang (Ibid s. 10).

Således skulle kommisjonene bestå av en lege, en kvinne og gjerne en jurist, men sistnevnte ble ikke tatt inn i loven som et krav. Man anså det som vanskelig å finne kompetente jurister i offentlig stilling i nærheten av alle asylene.

Kontrollkommisjonsordningen ble vurdert i forbindelse med lov om psykisk helsevern av 1961, men man valgte i hovedsak å føre ordningen videre med visse endringer (Mauritzen 1999). Det ble blant annet vurdert om en mer sentralisert ordning ville bedre arbeidsvilkårene, men dette ble avvist til fordel for kommisjonenes lokale tilknytning. For å styrke kommisjonenes rettslige preg ble det gjennomført endringer i sammensetning og funksjonstid, og antall kommisjoner ble økt.

Det har fra flere hold vært reist spørsmål om kontrollkommisjonene og deres virke. Georg Høyér gjennomførte på 1980-tallet en undersøkelse som tok for seg tvungent psykisk helsevern, med særlig blick på kontrollkommisjonsordningen (Høyér, 1986). Han reiste skarp kritikk mot flere sider ved ordningen, og konkluderte med at kommisjonene ikke fylte sin rolle som rettssikkerhetsinstans fullt ut. Særlig gjorde den store arbeidsbelastningen og deres svake kompetanse i psykiatriske spørsmål at kommisjonene ikke fungerte optimalt. Han mente å kunne påvise at den manglende psykiatriske kompetansen i kommisjonssammensetningen medførte problemer med å overprøve institusjonens faglige vurderinger. Det viste seg også at det hadde utviklet seg ulik praksis hos ulike kommisjoner og Høyér mente å vise at dette gjorde at ordningen fungerte ulikt ut fra hvilken kommisjon man sognet til. Han fant også at en stor del av de klagene som kommisjonene mottok ikke ble realitetsbehandlet, noe som kan sees som et betydelig rettssikkerhetsproblem.

Kritikken til Høyér ble videreført i NOU 1988:8 "Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke." Dette lovforslaget var ment som en pasientrettet lov som søkte å regulere inntak, utskrivning og behandling av psykiatriske pasienter som ikke selv hadde samtykket til slik behandling, og således avløse bestemmelsene om tvang i Lov om psykisk helsevern av 1961. Utvalget bak lovforslaget søkte å stramme inn vilkårene for bruk av tvang slik at pasientene som ble utsatt for tvang ville få styrket sine rettigheter. Det ble også oppstilt skjerpede krav til saksbehandling og beslutningsprosess, og en styrking av kontrollapparatet (NOU 1988:8). Utvalget anførte en kritikk av kommisjonsordningen som i hovedsak angikk to svakheter; lojalitetskonflikter og personavhengighet (NOU 1988:8 s. 162). De hevdet at siden kommisjonene hadde både tilsyns- og kontrollansvar overfor den samme institusjonen ville det kunne etableres lojalitetsforhold mellom kommisjonsmedlemmene og institusjonsledelsen. Et slikt lojalitetsforhold ville kunne gjøre kommisjonene mindre objektive og stå i veien for deres evne til å se kritisk på de avgjørelser som treffes ved institusjonen.

Den andre svakheten tok for seg personavhengighet. Med dette mente utvalget at rettssikkerheten ved institusjonene ville være avhengig av evne og vilje hos kommisjonsmedlemmene, og i særdeleshet hos formannen, til å prioritere og engasjere seg i kontrollen. I tillegg til disse to svakhetene anførte utvalget den samme kritikken som Høyér; en for stor arbeidsbelastning, manglende faglig kompetanse, lang saksbehandling og manglende initiativ fra kommisjonenes

side (ibid s, 66). Utvalget diskuterte hvorvidt de ønsket en domstolskontroll og således et opphør med kommisjonsordningen. De skriver;

”Etter flertallets oppfatning er det ikke realistisk å vente at det ordinære domstolsapparat skal kunne makte å gjennomføre en overprøving som er så rask som det her må kreves, og samtidig betryggende og tilstrekkelig dyptgående. Til tross for den kritikk som er reist, er erfaringene med kontrollkomisjonene i stor utstrekning positive, og flertallet har derfor valgt å satse på en videreutvikling av denne form for administrativ kontroll, med vekt på å styrke de domstolsmessige rettssikkerhetsgarantier ved saksbehandlingen.” (NOU 1988:8, s. 213).

I lovforslaget ønsket utvalget å erstatte kontrollkomisjonsordningen med en todelt løsning der tilsynsfunksjonen legges til fylkesmannen og det opprettes kontrollutvalg som tar seg av klagebehandlingen (NOU 1988:8, s. 213). Kontrollutvalget skulle være å anse som et statlig organ, med fylket som rettskrets og der medlemmene skulle utnevnes av departementet. Kontrollutvalget skulle ledes av en eller flere formenn med juridisk utdanning og erfaring, og ellers bestå av et utvalg sakkyndige, et utvalg personer med personlig, faglig eller organisasjonsmessig erfaring fra psykisk helsevern, samt et alminnelig medlemsutvalg oppnevnt på grunnlag av forslag fra fylkeskommunen. Sammensetningen skulle variere fra sak til sak og slik ville man oppnå en tilstrekkelig uavhengighet da kontrollutvalget ikke ville bli like ”husvarme” som ved kommisjonsordningen (ibid s, 214). Utvalget mente også at ved en endret sammensetning av medlemmene i kontrollutvalget, ville man kunne øke den faglige kompetansen og slik komme denne kritikken i møte. Slik man så det var den faglige ansvarlige ved institusjonene tildelt et vidt faglig skjønn i avgjørelser om etablering av tvungent psykisk helsevern. Dersom kontrollutvalget skulle være i stand til å ta stilling til de aktuelle spørsmålene og eventuelt overprøve legens skjønn, ville det kreve en høyere faglig kompetanse enn det kommisjonenes sammensetning tilsa. Utvalget anbefalte derfor å øke denne kompetansen ved å hente inn sakkyndighet gjennom et utvalgsmedlem i kraft av enten psykiater eller psykolog (ibid s, 67). Det ble imidlertid stilt spørsmål ved hvorvidt det er mulig å heve kompetansen og samtidig beholde organets selvstendighet.

Forslaget var blant annet ment å bøte på den kritikken som kontrollkomisjonene hadde blitt utsatt for, men lovforslaget ble aldri realisert. I deres mellomfagsoppgave i krimnologi diskuterer Lystad og Viljugrein hvordan profesjonsinteresser og profesjonskamp stanset dette

lovforslaget (Lystad og Viljugrein, 1994). De konkluderer med at det sannsynligvis var så kraftige interesser representert ved de ulike aktørene, og at dette lovforslaget ville medføre en inngripen i og en begrensning av disse aktørenes virksomhet, at forslaget derfor ikke var ønsket fra profesjonelt hold. Særlig var representantene for legestanden og den medisinske profesjonen negative til dette lovforslaget, og i oppgaven argumenteres det for at det kraftige rettighetsvernet som denne loven foreslo ville endre den maktbalansen som råder innenfor psykisk helsevern. De skriver;

”Dette er en lov om tvang, selv om tvang kalles ”uten eget samtykke” og derav klinger litt bedre. Kan hende synes leger, sykepleiere og annet behandlingspersonell at det er provoserende med en lov om tvang i forhold til at man er i en omsorgsgruppe. Når man innehar et yrke med dertil liggende kunnskap og kvalifikasjoner, er det vanlig å utøve de verdier som står i samsvar med dette. I henhold til behandlings- og omsorgsideologien innen helsevesenet, ligger utøvelsen av tvang langt i fra denne. Lovforslaget tydeliggjør konflikten mellom pasienten og behandlerne. – Å måtte forholde seg til en slik lov strider imot profesjonsverdiene.” (Ibid s. 57).

Lovforslaget ville medført en endring av den ansvarlige leges myndighet da det ikke lenger ville være et like stort slingsmonn for skjønn, ved at institusjonene i større grad ville måtte forholde seg til juridiske standarder og vedtaksfesting.

Selv om dette lovforslaget ikke vant frem har vi i den senere tid fått endringer som et stykke på vei kommer dette forslaget i møte.

Våren 1999 sluttbehandlet Stortinget fire nye helselover; spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven (Syse, 2001).

I det videre materiale vil jeg se nærmere på hvilke endringer disse lovene, og da særlig psykisk helsevernloven, har medført for kontrollkommisjonenes arbeid.

NOU 1988:8 baserte som nevnt tidligere mange av sine argumentasjoner på Høyers forskning på kontrollkommisjonenes arbeid. I tiden etter dette lovforlaget har kontrollkommisjonene i beskjedent grad vært utsatt for evaluering og analyse. Ulrik Hegnar foretok på vegne av Statens helsetilsyn en gjennomgang av samtlige vedtak i de kontrollkommisjoner som i 1993 hadde mottatt og behandlet klager (Hegnar, 1996). Gjennomgangen viste at det var ulik praksis blandt kommisjonene ved saksbehandling, meddelelse av klageutfall samt en ujevnhet i kvaliteten på klagebehandlingen. Av nyere forskning finnes det en spesialoppgave fra Det Juridiske fakultet

ved Universitetet i Oslo, som gjennomgår vedtak fra klagesaker i to kontrollkommisjoner i 2001 (Jagmann, 2002). Konklusjonen her var at kontrollkommisjonene i stor grad gjør et grundig arbeid og således ivaretar rettssikkerheten på en god måte. Det ble imidlertid påpekt at den nye psykisk helsevernloven hadde medført noen nye tolkningsproblemer som bidro til en ujevn håndtering kommisjonene imellom.

Ut over dette har kontrollkommisjonene i beskjedent grad vært utsatt for gjennomgang, i enkelte tilfeller har det blitt analysert som et bidrag i en komparativ analyse av andre kontrollorganer, og da som regel satt opp mot fylkesnemndsordningen (Duvaland, 2002, Sunde, 2000).

På denne bakgrunn kan det være interessant å se på hvorvidt det er de samme utfordringene som gjelder for kontrollkommisjonene i dag, som da Høyre foretok sin gjennomgang i 1986. Man skulle tro at flere vesentlige lovendringer og en generell rettsliggjøring på området ville ha medført endringer også for kommisjonenes evne og mulighet til å virke som rettssikkerhetsorgan. Det blir dermed nødvendig å se nærmere på kontrollkommisjonen slik de virker i dag.

#### **4 Evaluering av kontrollkommisjonene**

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern. Resultatet foreligger i rapporten ”Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern”, utgitt i desember 2005.<sup>1</sup> Formålet med evalueringen var å se nærmere på hvordan kontrollkommisjonene utøver sin virksomhet og i hvilken grad deres praksis fungerer i tråd med de krav som stilles etter gjeldende regelverk. Bakgrunnen for oppdraget var at det ble antatt at enkelte av kommisjonene ikke fungerte tilfredsstillende og man fant det derfor nødvendig å gå igjennom hele ordningen og vurdere eventuelle endringer som kan bidra til en mer enhetlig praksis og jevnt over en bedre kvalitet på kommisjonenes arbeid. Ved behandling av statsbudsjettet for 2002 vedtok Stortinget å be

---

<sup>1</sup> Heretter kalt ”Evalueringsrapport, 2005”.

Regjeringen foreta en evaluering av ordningen med kontrollkommisjoner i psykisk helsevern. Forslaget ble fremmet i innstilling til Stortinget:

”Komiteen merker seg at det i St.prp. nr. 1 (2001-2002) er angitt at enkelte kontrollkommisjoner ikke har fungert tilfredsstillende. Komiteen merker seg departementets forventning om at lov om psykisk helsevern kan bidra til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkommisjonene skal arbeide. Med bakgrunn i det viktige rettsvernet kontrollkommisjonene skal representere for personer med psykiske lidelser, vil komiteen likevel be om en evaluering av kontrollkommisjonenes arbeid, ut fra målsettingen om at deres arbeid kvalitetssikres, og at rettsvernet til pasienter med psykiske lidelser dermed styrkes. Komiteen fremmer følgende forslag:

”Stortinget ber Regjeringen om å foreta en evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern ut fra målsettingen om at disse samlet skal fungere bedre enn i dag, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.”  
(Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002) s. 60).

Evalueringen ble gjennomført av Sosial- og helsedirektoratet som en utvidet del av direktoratets løpende oppfølging av virksomheten til kontrollkommisjonene. Det ble tatt utgangspunkt i hvordan kommisjonene utførte sitt arbeid i løpet av ett år, 2003. Endringene i psykisk helsevernloven ville dermed ha virket i to år og evalueringen ville kunne vise om disse hadde hatt den tilsiktede virkningen i forhold til å bedre kvaliteten på kommisjonenes arbeid og å sikre en mer enhetlig praksis. Evalueringen ble imidlertid gjennomført før loven ble utsatt for de endringer som er utfyllende gjort rede for under punkt 3. De bestemmelser som legges til grunn for den videre drøftingen vil dermed være bestemmelser regulert i psykisk helsevernloven før lovendringene trådte i kraft ved lov av 30. juni 2006 nr. 45.

#### 4.1 Datainnsamling

Metoden direktoratet valgte for å gjennomføre evalueringen var å hente inn opplysninger fra kontrollkommisjonene selv, gjennom et utvalg vedtak i klage- og etterprøvingssaker, årsrapporter fra kommisjonene fra 2003 samt spørreskjemaer til kommisjonene med egne evalueringsspørsmål.

Vedtakene ble hentet inn gjennom et utvalg av samtlige kommisjoner som i 2003 behandlet klager på etablering av tvungent psykisk helsevern, tvungen observasjon/videre undersøkelse, opprettholdelse, overføring, klager på skjerming, samt etterprøving av tvangsvedtak uten klage etter §3-10 annet og tredje ledd (Evalueringsrapport, 2005, s. 29). Til sammen mottok de 386



vedtak og dette utgjorde 13 prosent av det totale antallet klage- og etterprøvingssaker kommisjonene behandlet i i 2003.

Formålet med denne innsamlingen var å se nærmere på kontrollkommisjonenes praksis ved utarbeidelse av vedtak. De innhentede vedtakene ble evaluert i forhold til to faktorer; hvorvidt de krav som stilles i lov og forskrift om saksbehandling og innhold ble oppfylt, og hvorvidt innholdet i vedtaket var tilgjengelig for de ulike aktørene, slik at det var mulig å forstå og vurdere vedtaket. Dette gjelder særlig for pasienten selv eller dennes nærmeste, eller domstolene ved overprøving av vedtak samt for helsepersonell som er involvert i den enkelte sak. Direktoratet engasjerte fire jurister med god kjennskap til fagområdet psykisk helsevern til å bistå med evalueringen av vedtakene. For å hindre elementer av subjektiv vurdering ble 34 av vedtakene utsatt for en dobbeltvurdering, der to og to jurister uavhengig av hverandre gjorde en vurdering av vedtakenes begrunnelse. Evalueringen viste at juristene i hovedsak hadde sammenfallende vurderinger (ibid s. 29).

Formålet var som nevnt å vurdere kommisjonenes praksis i forhold til tilgjengelighet og formelle krav. Samtidig ville det også være mulig å se på forskjeller mellom kommisjonene både når det gjaldt saksbehandling og vurderingen av de materielle vurderingstema i klage- og etterprøvingssaker.

Kontrollkommisjonene skal hvert år levere inn årsrapporter til Sosial- og helsedirektoratet i henhold til § 1-7 i Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet av 21. desember 2000 nr. 1408. Disse skal inneholde informasjon om antall klage- og etterprøvingssaker den enkelte kommisjon har behandlet, antall klager som er bortfalt, antall klager som har fått medhold samt antall etterprøvingssaker hvor det tvungne vernet ble opphevet. Tallmateriale fra alle kontrollkommisjonenes årsrapporter i 2003 ble lagt til grunn for evalueringen.

I tillegg til de to nevnte datakildene ble også spørreskjema benyttet. Skjemaet inneholdt 125 spørsmål med både faste svaralternativer og mulighet for fritekstbesvarelse (ibid s. 31). Spørsmålene gjaldt kommisjonenes aktivitet i 2003, og var inndelt i fem oppgaveområder; praksis og erfaringer vedrørende behandling av ulike typer klager, praksis og erfaringer vedrørende etterprøving, praksis og erfaringer vedrørende kontroll med pasienters opphold ved

institusjon, erfaringer med lov og regelverk samt kommisjonenes arbeidssituasjon. Alle 57 kontrollkommisjoner besvarte spørreskjemaet.

## 4.2 De vesentlige funnene i Evalueringsrapporten

### 4.2.1 Informasjon

Kommunikasjon av lovstoff og derigjennom rettigheter er en vesentlig betingelse for at lover skal virke etter sin hensikt (Mathiesen, 2001). I psykisk helsevern har pasientene blitt tildelt en betydelig klageadgang slik at viktige rettssikkerhetsgarantier kan overholdes. I Sosial- og helsedepartementet sin evalueringsrapport blir pasientenes tilgang på informasjon om kontrollkommisjonene gjenstand for vurdering. Det er lagt til grunn at det er av vesentlig betydning at pasientene er kjent med ordningen med kontrollkommisjoner (Evalueringsrapporten 2005, s. 33).

Kommisjonene ble i spørreundersøkelsen bedt om å uttale seg om hvordan pasientene informeres om ordningen og mulighetene for å klage. Det viste seg at de aller fleste kommisjonene informerer pasientene ved besøk på institusjonene og gjennom eget informasjonsmateriell. Det var også vanlig med muntlig informasjon fra institusjonen når vedtaket ble truffet. Evalueringen viste at pasientene synes å bli informert om kommisjonen både generelt og i den enkelte sak (ibid s. 34).

Direktoratet mente imidlertid at det også burde finnes informasjonsmateriale tilgjengelig på institusjonene til enhver tid. Det ble derfor foreslått å utvikle en pasientbrosjyre som burde oversettes til flere språk slik at også fremmedspråklige kan nyttiggjøre seg av informasjonen. En felles brosjyre vil sikre at pasientene får felles generell informasjon om kontrollkommisjonsordningen. I etterkant av direktoratets evaluering har denne brosjyren blitt utviklet og foreligger nå på alle institusjoner samt på Sosial- og helsedirektoratets hjemmesider på nett under tittelen *Rettsikkerhet ved tvang*. (IS-1335, 2006).

### 4.2.2 Klagebehandling

Etter psykisk helsevernloven er pasienter gitt adgang til å påklage vedtak om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt klage på overføring. Integritetskrenkende tiltak som iverksettes etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven

kan også påklages. Klagene skal fremsettes for kontrollkommisjonen. Klage på tvangsbehandling skal fremsettes for fylkesmannen jfr. phvl § 4-4 syvende ledd.

Klageadgangen er en vesentlig side ved pasientens rettssikkerhet da det gir mulighet til å få et tvangsvedtak overprøvd av et uavhengig organ, innenfor psykisk helsevern er dette organet kontrollkommisjonene. Kontrollkommisjoene er således tillagt kompetanse til å overprøve nærmere bestemte vedtak fattet av den faglig ansvarlige for vedtak i psykisk helsevern.

Kontrollkommisjonen skal ved klager foreta en full prøving av vedtakets lovlighet og hensiktsmessighet. Kapittel 2 i forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet (kkf.) av 21. desember nr. 1408 regulerer saksbehandlingsregler i klagesaker. For klager på vedtak om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungen psykisk helsevern samt klage på overføring skal behandles etter særlige saksbehandlingsregler i psykisk helsevernloven § 6-4.

Sosial- og omsorgsdirektoratet ville med evalueringen finne ut om kontrollkommisjonenes praksis ved behandling av klager fremstår ensartet og i samsvar med sentrale rettssikkerhetsgarantier nedfelt i regelverket (Evalueringsrapporten 2005, s. 34).

Evalueringen viser at kontrollkommisjonene totalt mottok 2337 klager i 2003 og at omtrent en tredjedel av alle vedtak om tvungen psykisk helsevern fører til en klage til kontrollkommisjonen (ibid s. 35). Av disse klagene ble 51 prosent realitetsbehandlet ved at det ble fattet vedtak i saken. De restende 49 prosent av klagene falt bort før det var fattet vedtak i sakene. Av disse ble 19 prosent av klagene trukket før møtet, 12 prosent av klagene falt bort da pasienten ble utskrevet, 10 prosent av klagene ble trukket i møtet, 5 prosent av klagene falt bort da pasienten ble overført til frivillig vern og 3 prosent av klagene ble avvist (ibid s. 36).

Det kom frem gjennom evalueringen at kommisjonene kan ha en rolle i forhold til pasientens vurdering av om klagen skal trekkes eller ikke, enten i forkant av møter eller i løpet av selve møtet. Hvilken rolle kommisjonen tildeler seg selv i relasjon til pasienten kan synes å være avgjørende for hvorvidt klagen trekkes eller man kommer frem til ”minnelige løsninger”. Noen av kommisjonene tok en aktiv rolle i å finne løsninger for pasienten og institusjonen, mens andre forholdt seg nøytral i forhold til partene for ikke å gjøre seg inhabil (ibid s. 39).

#### 4.2.2.1 § 6-4-klager

Ved kommisjonens behandling av klagesaker på vedtak om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern samt klage på overføring skal det følges særlige saksbehandlingsregler etter psykisk helsevernloven § 6-4.

Det stilles her krav til at kommisjonens leder skal påse at saken blir så godt som mulig opplyst før vedtak fattes. Evalueringen viste at klagene som regel var godt opplyst gjennom dokumentasjon og muntlige forklaringer. Det forekommer her et unntak, ved at dokumentasjon av individuell plan kun var forelagt for kommisjonen ved ett tilfelle (ibid s. 41). Som vi skal se senere faller dette sammen med det som ble avdekket i spørreundersøkelsen av faglig ansvarlig for vedtak i psykisk helsevern om individuell plan, der det viste seg å forekomme store mangler ved utarbeidelsen av disse planene. Med den presiseringen av planens form og innhold som kom ved endringen av psykisk helsevernloven, vil nok kommisjonene i større grad enn i dag få disse forelagt ved klagebehandling.

I henhold til saksbehandlingsreglene i phvl § 6-4 skal vedtaket treffes i møte av fulltallig kommisjon og evalueringen viste at det ble avholdt møte i alle sakene. Alle kommisjonene oppga at de hadde en fast praksis for gjennomføring av møtene. Imidlertid forekom det forskjeller mellom kommisjonene på gjennomføringspraksis, spesielt med hensyn til hvilken part som får uttale seg først (ibid s. 42). Evalueringen viste at alle kommisjonsmedlemmene var delaktige under møtet, men at legeom medlemmet og særlig kommisjonslederen skilte seg ut som mest aktive. Klager fikk god anledning til å uttale seg og var representert ved advokat i 92 prosent av sakene (ibid s. 44).

183 vedtak i klagesaker om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern samt klage på overføring (§ 6-4-klager), ble gjennomgått som grunnlag for å vurdere i hvilken grad kontrollkommisjonenes vedtak oppfyller grunnleggende krav til form og innhold. Sammenstillingen viste at det var forskjeller mellom kommisjonene når det gjelder hvordan de utformet vedtakene og særlig nedtegnelser om kommisjonens deltakelse, stemmegivning, mulige dissens og faglig ansvarliges uttalelse eller redegjørelse i saken (ibid s. 46).

I gjennomgangen av sakene ble det foretatt en nærmere analyse av den begrunnelse som var nedfelt i det enkelte vedtak (ibid s. 47). Det ble kartlagt i hvilken grad vedtaket synliggjorde hvilken rettsregel som ble anvendt, om det var mulig å identifisere hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygget på, og om det således var mulig å identifisere konkret rettsanvendelse i selve vedtaksteksten. Analysen viste at henvisningen til de formelle og materielle vilkårene i hovedsak ble nedtegnet i vedtaket, men kvaliteten på dette varierte kommisjonene imellom og til en viss grad også innen den enkelte kommisjon. Det knyttet seg usikkerhet til i hvorvidt det skal vurderes i hvilken grad vilkåret om at institusjonen skal være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten omsorg, phvl § 3-2, skal være oppfylt. Kontrollkommisjonene utviste også en ulik forståelse når det gjalt hva som er prøvingstemaet ved overføring etter phvl § 4-10. Som nevnt under spørreundersøkelsen av faglig ansvarlig for vedtak i psykisk helsevern jfr. punkt 3.2.4.4, er det rimeligheten av selve overføringen og hvilke konsekvenser denne får som skal være prøvingstema i disse klagesakene, og ikke en selvstendig vurdering av hvorvidt vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede.

Analysen viste også hvilke kilder kommisjonene har vist til i forbindelse med redegjørelse for faktum i sakene (ibid s. 48). I hovedsak ble det vist til den faglig ansvarliges vurderinger og i noe mindre grad andre dokumenter som journal og liknende. Ved vurdering av hovedvilkåret ”alvorlig sinnsykdom” i henhold til phvl § 3-3, ble det i 83 prosent av vedtakene vist til den faglig ansvarliges vurdering av klager. I forhold til tilleggsvilkårene, behandlingskriteriet og farekriteriet i henhold til phvl § 3-3 litra a og b, ble det i 77 prosent av vedtakene vist til den faglig ansvarliges vurdering av klager. Ved vurderingen av både hovedvilkåret og tilleggsvilkårene ble det også vist til andre dokumenter, så som journal og liknende, samt klagers synspunkter.

Analysen viste også at vedtakene i stor grad var utformet slik at det var mulig å vurdere kontrollkommisjonenes konkrete rettsanvendelse (ibid s. 49). I 70 prosent av sakene var det mulig å vurdere om det var foretatt en konkret rettsanvendelse av hovedvilkåret, og 78 prosent av sakene ved vurdering av tilleggsvilkårene.

Som et ledd i sammenstillingen ble det også foretatt en vurdering av totalinntrykket av begrunnelsen for det enkelte vedtak (ibid s. 49). Det ble gitt en gradering av vedtakene innenfor en skala med tre kategorier; tilfredsstillende, noen merknader og mangelfull. I vedtak som ble gitt

betegnelsen tilfredsstillende fremgikk både synliggjøring av rettsregel som ble benyttet, faktum som ble lagt til grunn og den konkrete rettsanvendelse. Vedtak som ble gitt betegnelsen noen merknader manglet ett av disse elementene, mens det i de mangelfulle vedtakene ikke var mulig å lokalisere mer enn ett eller ingen av disse elementene. Gjennom en sammenstilling av de 183 vedtakene kom det fram at 52 prosent av vedtakene ble vurdert som tilfredsstillende, 26 prosent ble vurdert i kategorien noen merknader, mens 22 prosent av vedtakene ble vurdert som mangelfulle (ibid s. 49). Det ble presisert at mangler ved et vedtak som fremkommer gjennom denne sammenstillingen ikke nødvendigvis betyr at avgjørelsen ikke er rettmessig ( ibid s. 29). I sammenstillingen ble det videre gjort rede for hvilke elementer som utgjorde de største manglene (ibid s. 50). Det kom fram at kommisjonenes vedtak i 31 prosent av sakene ikke hadde synliggjort rettsregelen som ble anvendt, i 27 prosent var faktum ikke synliggjort mens det i 27 prosent av sakene ikke var mulig å identifisere om kontrollkommisjonen hadde foretatt en konkret rettsanvendelse.

I evalueringsrapporten påpekes det at denne gjennomgangen viser en tydelig variasjon mellom kommisjoner i forhold til hvordan de nedtegner vedtakene. 11 kommisjoner hadde utelukkende vedtak med begrunnelser som ble vurdert som tilfredsstillende, mens to kommisjoner utelukkende hadde vedtak med begrunnelser som ble vurdert som mangelfulle. De øvrige kommisjonene hadde vedtak som ble vurdert i ulike kategorier (ibid s. 50).

Som et ledd i denne evalueringen forslo dermed Sosial- og helsedirektoratet at det burde utarbeides retningslinjer for kontrollkommisjonenes saksbehandling (ibid s. 102).

Kommisjonenes rolle i klageprosessen frem til vedtak burde således klargjøres med særlig hensyn til hvilken rolle kommisjonen skal ha i forhold til å søke å legge til rette for en ”minnelig løsning” under klagebehandlingen. Videre ble det foreslått å vurdere i hvilken grad kommisjonene burde søke også å innhente opplysninger fra pasientens nærmeste/pårørende for å opplyse saken best mulig. Gjennom sammenstillingen kom det tydelig fram et behov for nærmere retningslinjer for hvordan klagebehandlingsmøtet bør gjennomføres slik at man oppnår en mer enhetlig behandling og nedtegning av klager. Det ble også foreslått å utvikle standardiserte maler for hvilke elementer som minimum må være med i kommisjonenes vedtak. Dette har i etterkant av evalueringsrapporten blitt gjennomført og ligger i Word-format på Sosial- og helsedirektoratet sine nettsider. Kontrollkommisjonene oppfordres til å laste dem ned og benytte dem i arbeidet

med klagesaker<sup>2</sup>. En slik standarisering kan være med på å bidra til at kvaliteten på kontrollkommisjonenes arbeid med klagesaker jevnt over blir bedre. Dette vil også kunne gjøre pasientenes rettslige stilling sterkere da det gir en høyere grad av forutsigbarhet. Elementet av vilkårlighet som indikeres ved avdekkingen av de store variasjonene kommisjonene imellom, vil således reduseres. Det ble i etterkant av evalueringen i tillegg utarbeidet et rundskriv som gir en sammenfatning av hvilke regler som gjelder for kontrollkommisjonenes saksbehandling (Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern, IS-10/2007). Formålet med rundskrivet er å virke som et hjelpemiddel for kontrollkommisjonenes arbeid og således bidra til at saksbehandlingen i de ulike kommisjonene blir mer sammenfallende.

#### 4.2.2.2 Klager etter psykisk helsevernlovens kapittel 4

Evalueringsrapporten tok også for seg kontrollkommisjonenes behandling av klagesaker på vedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven. Dette kapittelet regulerer som nevnt tidligere gjennomføringen av psykisk helsevern, og inneholder således bestemmelser som åpner for inngripende tiltak overfor pasientene. Ved behandling av klagesaker etter phvl kapittel 4 skal kapittel 2 om saksbehandlingsregler i klagesaker i forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet av 21. desember 2000 nr. 1408 legges til grunn.

Gjennom evalueringsrapporten kom det fram at kontrollkommisjonene mottok få klager på vedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven i 2003, kun 189 av totalt 4026 fattede vedtak ble påklaget (Evalueringsrapport 2005, s. 51). 65 prosent av de mottatte klagene ble realitetsbehandlet av kommisjonene. 23 prosent ble trukket, mens 13 prosent av klagene ble avvist av kommisjonene.

Det fremkommer av evalueringsrapporten at kommisjonene har en ulik aktivitet når det gjelder å sørge for at saken blir så godt opplyst som mulig (ibid s. 51). 68 prosent angir at de har en fast praksis for hvordan klager etter kapittel 4 skal behandles, så godt som samtlige angir at møtene gjennomføres med fulltallig kommisjon, nesten halvparten angir at advokat alltid eller ofte er tilstede under møtene og at det i 88 prosent av sakene gis klageren anledning til å uttale seg. I 80 prosent av vedtakene var det ikke opplyst om institusjonen hadde utarbeidet en redegjørelse, men

---

<sup>2</sup> Hentet fra Sosial- og helsedirektoratet sine nettsider:

[http://www.shdir.no/psykisk/psykisk\\_helsevernloven/kontrollkommisjonen/maler\\_for\\_kontrollkommisjonsvedtak\\_\\_61965](http://www.shdir.no/psykisk/psykisk_helsevernloven/kontrollkommisjonen/maler_for_kontrollkommisjonsvedtak__61965)

dette er heller ingen preseptorisk regel i henhold til kkf. § 2-4. Det vil imidlertid ofte være fruktbart med en slik redegjørelse fra faglig ansvarlig da disse kan skape en ramme for kommisjonens behandling av saken, da sakens faktum sannsynligvis vil komme bedre frem, samt at det gir klageren eller advokaten en bedre mulighet for forberedelse til møtet.

Gjennomgangen viste at det hadde blitt avholdt møte i 80 prosent av sakene selv om det ikke er et krav ved denne type saker. En grunn til at det så ofte ble avholdt møter kan være at klager etter phvl kapittel 4 i noen tilfeller behandles sammen med klager som reguleres av de særlige saksbehandlingsreglene i phvl § 6-4, hvor møter skal avholdes.

Det fremkom også hvem som hadde deltatt på møtene, der klager selv hadde deltatt på 73 prosent, faglig ansvarlig på 64 prosent og advokat i 48 prosent (ibid s. 53). Prinsippet om kontradiksjon gjelder også her, så det er vesentlig at begge parter i saken får gjort seg kjent med hverandres synspunkter og gis anledning til å imøtegå disse. Dette vil videre medvirke til at saken blir bedre opplyst i tråd med kkf. § 2-6.

25 klagesaker fra 23 kommisjoner som tok for seg klage på vedtak om skjerming etter phvl § 4-3 ble gjennomgått for å gi grunnlag for å vurdere i hvilken grad kontrollkommisjonenes vedtak oppfyller grunnleggende krav til form og innhold (ibid s. 54). 79 prosent av sakene omhandlet vedtak om skjerming mens de resterende var klager på vedtak om forlengelse av skjermingen. I evalueringsrapporten påpekes det at skjerming er å anse som et svært inngripende tiltak overfor pasienten og vil således ha likhetstrekk med isolasjon i tilfeller der hvor tiltaket vedvarer over tid. Det ble derfor antatt at det ville ha stor betydning for kommisjonens vurdering om skjerming hadde vært forlenget tidligere, men ved bare 30 prosent av sakene som omhandlet forlengelse av skjerming var det angitt hvorvidt skjermingen hadde vært forlenget tidligere.

Nedtegnelsene i vedtakene om skjerming og forlengelse av skjerming var varierende når det gjaldt tidspunkt for møte, sted for møte og kommisjonens sammensetning under møtet. I all hovedsak var nedtegnelsene betydelig skrynnere enn ved vedtak etter phvl § 6-4-sakene.

Gjennomgangen viste at i 67 prosent av tilfellene ble vedtak truffet av fulltallig kommisjon, mens det i de resterende sakene ikke var nedtegnet hvem i kommisjonen som hadde vært med på avgjørelsen. I underkant av halvparten av sakene viste man konkret til den faglig ansvarliges uttalelse eller redegjørelse. Det virket gjennomgående som at rutinene for utforming og nedtegning av vedtak på klager etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven er mindre standardiserte



og operasjonaliserte enn ved klager etter phvl § 6-4, og at man således kan si at kommisjonene synes å legge mindre arbeid i behandling av disse klagene.

I gjennomgangen av sakene ble det foretatt en nærmere analyse av den begrunnelse som var nedfelt i det enkelte vedtak (ibid s. 55). Det ble kartlagt i hvilken grad vedtaket synliggjorde hvilken rettsregel som ble anvendt, om det var mulig å identifisere hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygget på, og om det således var mulig å identifisere konkret rettsanvendelse i selve vedtaksteksten. Vedtak om skjerming har som vilkår pasientens tilstand; ”sterk uro eller utagerende atferd” og hensyn; ”behandlingsmessige grunner” eller ”hensyn til andre pasienter”<sup>3</sup>. I gjennomgangen av vedtakene ble det registrert hvorvidt kommisjonene hadde synliggjort en vurdering av pasientens tilstand og hensynet bak skjermingen. Spørsmålet om klager hadde utvist ”sterk uro eller utagerende atferd” ble nedtegnet i 60 prosent av sakene, mens vilkåret om ”behandlingsmessige grunner” eller ”hensyn til andre pasienter” ble nedtegnet i 64 prosent av sakene (ibid s. 55). Videre viser gjennomgangen at kommisjonene i noen grad vurderte at vilkårene for skjerming var oppfylt, uten at de nedtegnet spesifikt hvilke rettsregler som ble anvendt. Dermed kan det virke som kommisjonene i begrenset utstrekning fokuserer på lovtolkning i klagesaker etter phvl § 4-3, da flere av vedtakene manglet språklig forankring i lovtekst. I 65 prosent av sakene var begrunnelsen utformet slik at det var mulig å vurdere om det var foretatt en konkret rettsanvendelse av vilkåret ”sterk uro eller utagerende atferd”, mens begrunnelsen i kun 42 prosent av sakene var utformet slik at det var mulig å vurdere hvorvidt det var foretatt en konkret rettsanvendelse av vilkåret om ”behandlingsmessige grunner” eller ”hensyn til andre pasienter”.

Som et ledd i sammenstillingen ble det også her foretatt en generell vurdering av totalinntrykket av begrunnelsen for det enkelte vedtak (ibid s. 56). Det ble gitt en gradering av vedtakene innenfor en skala med tre kategorier; tilfredsstillende, noen merknader og mangelfull. I vedtak som ble gitt betegnelsen tilfredsstillende fremgikk både synliggjøring av rettsregel som ble benyttet, faktum som ble lagt til grunn og den konkrete rettsanvendelse. Vedtak som ble gitt betegnelsen noen merknader manglet ett av disse elementene, mens det i de mangelfulle

---

<sup>3</sup> Ordlyden og til en viss grad innholdet er som nevnt endret ved lov av 30.juni 2006 nr. 45, men siden evalueringen ble gjennomført før disse endringene trådte i kraft legges den gamle ordlyden til grunn for drøftingen her, jfr. punkt 4.

vedtakene ikke var mulig å lokalisere mer enn ett eller ingen av disse elementene. Gjennom en sammenstilling av 25 vedtak på klagesaker etter phvl § 4-3 fant man at hele 44 prosent av vedtakene ble vurdert som mangelfulle, 24 prosent ble vurdert i kategorien noen merknader, mens 32 prosent av vedtakene ble vurdert som tilfredsstillende (ibid s. 56). I sammenstillingen ble det videre gjort rede for hvilke elementer som utgjorde de største manglene. I 40 prosent av sakene hadde man ikke synliggjort den rettsregelen som ble anvendt, i 40 prosent var ikke faktum synliggjort mens i 36 prosent av sakene var det ikke mulig å lokalisere hvorvidt kommisjonen hadde foretatt en konkret rettsanvendelse. Dette betyr at nesten halvparten av disse vedtakene ble vurdert som mangelfulle. Det er et høyt tall. I evalueringsrapporten bemerkes det at man ikke har et godt svar på hvorfor klagebehandling etter kapittel 4 fremstår med mindre formalstruktur og med mindre fokus på synliggjøring av rettsanvendelsesprosessen.

Kontrollkommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker etter at saken ble brakt inn for den i henhold til kkf. § 2-7 femte ledd. Hvis ikke fristen overholdes, skal grunnen til dette opplyses i vedtaket. Evalueringen tok for seg hvordan dette kravet til saksbehandlingstid og dokumentasjon ble håndtert i kontrollkommisjonene. Kommisjonene ble i spørreundersøkelsen bedt om å oppgi antall klagesaker hvor vedtaket ble truffet senere enn to uker etter at saken ble brakt inn for kommisjonen. Kun 10 prosent av vedtakene ble av kommisjonen angitt å ha blitt truffet senere enn dette. Dette utgjør 105 av totalt 1066 klagesaker på innleggelse eller tilbakeholdelse. Det spesielle her er at 12 prosent av kommisjonene, det vil si fire kommisjoner, sto for 88 prosent av disse sakene (ibid s. 57).

Svarene fra kommisjonene viste at grunnene til at det ikke ble truffet vedtak før etter to uker i 10 prosent av klagesakene, berodde i hovedsak på at møtene ble utsatt fordi en av partene ikke kunne møte, ferieavvikling eller liknende samt periodevise problemer med å få samlet alle kommisjonsmedlemmene.

Kommisjonene ble spurt hvorvidt de opplevde at kravet om rask saksbehandling kunne stå i strid med kravet til forsvarlig saksgang. Her svarte en tredjedel av kommisjonene at de ofte eller av og til kunne oppleve det. De resterende kommisjonene oppfattet ikke dette som noe problem (ibid s. 58).

Til tross for pålegget i forskriften om å nedtegne grunnen til forsinkelsen i vedtaket, viste evalueringen at i 83 prosent av de tilfellene der vedtaket er truffet for sent i § 6-4-klagesaker, ble det ikke nedfelt en begrunnelse for forsinkelsen (ibid s. 59).

Evalueringsrapporten tok også for seg utfallet av klagesaksbehandlingen. Årsrapportene viste at pasienten hadde fått medhold i 15,5 prosent av alle klager som ble realitetsbehandlet i 2003 (ibid s. 60). Dette utgjør 184 saker av totalt 1189 klagesaker. Det viste seg imidlertid at medholdsprosenten varierte mye mellom kommisjonene, fra 2 prosent til 36 prosent. Ved å korrigere for ulike typer klager viser årsrapportene at klager fikk medhold i 14,4 prosent av alle realitetsbehandlede klager etter iverksetting og opphør av tvungen psykisk helsevern. Ved klager på overføring fikk 18 prosent av alle realitetsbehandlede klager medhold. Ved kapittel 4-klager fikk 25 prosent medhold og korrigert for andre klager fikk klager på vedtak om skjerming medhold i 20 prosent av sakene. Det foretas ingen videre diskusjon rundt denne forholdsvis lave medholdsprosenten i evalueringsrapporten.

#### 4.2.3 Etterprøving uten klage

Vedtak om tvungent psykisk helsevern anses for å være av en så inngripende karakter at rettssikkerhetshensyn tilsier at det bør føres en kontroll med slike vedtak uavhengig av om de påklages av pasienten selv. Derfor er kontrollkommisjonen pålagt å etterprøve alle vedtak om tvungent psykisk helsevern på eget initiativ (Ohnstad, 2002). I henhold til kkf. § 3-1 skal kontrollkommisjonen gjennomføre kontroll med alle vedtak om tvungent psykisk helsevern så snart som mulig etter at vedtak er fattet. I henhold til kkf. § 3-2 skal kontrollkommisjonen etter eget tiltak kontrollere vernet etter tre måneder og videre skal kontrollkommisjonen samtykke ved vedtak om tvungent psykisk helsevern ut over ett år jfr. kkf. § 3-3.

Denne formen for kontroll beskrives som en legalitetskontroll, det vil si en kontroll av at myndigheter utøver sin kompetanse på en måte som er i samsvar med gjeldende rett (Frihagen, 1992). Kontrollkommisjonen skal således vurdere om riktig fremgangsmåte er fulgt ved etablering av tvungent psykisk helsevern og hvorvidt vedtaket bygger på en vurdering av de grunnleggende kravene i phvl §§ 3-2 og 3-3. Dette anses som særlig viktig da vedtakskompetansen er plassert hos den faglig ansvarlige som i hovedsak er psykiater eller psykolog og således ikke besitter juridisk kompetanse.

Av årsrapportene som ble hentet inn i forbindelse med evalueringen går det fram at kontrollkommisjonene har foretatt til sammen 7916 dokumentkontroller i henhold til phvl § 3-10 første ledd<sup>4</sup> (Evalueringsrapporten 2005, s. 72). Det antas at dette tallet er sammenfallende med antallet vedtak om tvungent psykisk helsevern fattet i 2003. Det åpnes imidlertid for at tallet også kan inneholde dokumentkontroll av vedtak om tvungen observasjon da det kommer utydelig frem gjennom lovverket hvorvidt kontroller av tvungen observasjon skal utføres eller ikke, selv om den direkte ordlyden i loven ikke tilsier dette<sup>5</sup>.

Kommisjonenes årsrapporter viste at etablering av tvungent vern ble etter dokumentkontroll ansett for å være i strid med formelle og materielle regler i 5,4 prosent av sakene (ibid s. 73). Dette utgjorde 429 saker. Nærmere bestemt ble etableringen av det tvungne vernet ansett for å være i strid med formelle mangler i 3,9 prosent av sakene og materielle mangler i 1,5 prosent. Imidlertid medførte dokumentkontrollen bare opphevelse av vernet i 1 prosent av sakene, det vil si i 87 tilfeller.

Kontrollkommisjonene ble i spørreskjemaet bedt om å uttale seg om hvilke formelle og materielle feil som ble ansett som så alvorlige at vedtaket ble kjent ugyldig (ibid s. 74). Gjennom evalueringen av hvilke feil som ble tillagt avgjørende vekt hos de forskjellige kommisjonene kan det se ut til at kommisjonene generelt har en ulik praksis i forhold til vurderingen av hvilke feil som fører til opphør av vedtaket. Sosial- og helsedirektoratet påpeker i evalueringsrapporten at de er kjent med at det har vært uklart for kontrollkommisjonene hva som skal bli konsekvensen av at særlig formelle feil blir påvist ved dokumentkontrollen. Derfor påpekes det at dersom vedtaket lider av alvorlige formelle feil som kan ha virket inn på vedtakets innhold, så burde det kjennes ugyldig (ibid s. 83). Videre blir det foreslått å søke og sikre en ensartet forståelse av konsekvensen av alvorlige feil som avdekkes gjennom dokumentkontroll, da dette i større grad vil klargjøre kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse (ibid s. 103).

---

<sup>4</sup> Etter lovendringen ble dette endret til phvl § 3-8.

<sup>5</sup> Etter lovendringen ble kravet til kontroll av vedtak om tvungen observasjon tatt inn i phvl § 3-8 første ledd, slik at dokumentkontroll skal innbære både kontroll av vedtak om tvungent psykisk helsevern og vedtak om tvungen observasjon.

Kommisjonenes årsrapporter viste at det ble foretatt totalt 971 etterprøvningsprosesser etter tre måneder i henhold til phvl § 3-10 annet ledd, løpet av 2003 (ibid s. 75). Spørreundersøkelsen viste at 11 prosent av kontrollkommisjonene hadde forstått bestemmelsen slik at denne etterprøvingen skulle gjentas hver tredje måned. Dette beror sannsynligvis på at det i phvl § 4-9 gis bestemmelser om at den faglig ansvarlige hver tredje måned skal foreta kontrollundersøkelser for å vurdere om vilkårene for fortsatt tvungent vern er tilstede, og at kommisjonene har blandet sammen disse to paragrafene. Ved gjennomgang av kommisjonenes vedtak i saker om tre måneders etterprøving viste det seg at vernet ble opprettholdt i 98 prosent av sakene, det vil si at kun 21 etterprøvinger ble opphevet. Det bemerkes i rapporten at 15 av disse tilfellene kom fra en kommisjon (ibid s. 75). Det kan dermed synes som om praksisen blant de ulike kommisjonene er særdeles ujevn i henhold til hvordan man forholder seg til bestemmelsene i phvl § 3-10 annet ledd.

Kontrollkommisjonene behandlet ifølge årsrapportene totalt 826 søknader fra institusjoner om forlengelse av vedtak om tvungent vern i 2003, i henhold til phvl § 3-10 tredje ledd (ibid s. 75). Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Det ble samtykket til en forlengelse av vernet i 97 prosent av tilfellene, dette utgjorde 802 saker, mens det ikke ble gitt samtykke til forlengelse i 2 prosent av tilfellene, det vil si 20 saker. Hvis det ikke søkes om forlengelse fra institusjonens side innen en frist på tre uker før vernet går ut, vil det tvungne psykiske helsevernet bortfalle.

Kontrollkommisjonene ble i spørreskjema bedt om å gi nærmere opplysninger om hvordan disse kontrollene gjennomføres og særlig hvordan saken opplyses (ibid s. 77). Det kom her frem at de fleste kommisjonene hadde en fast praksis for hvordan slike saker skulle behandles, ved at de går igjennom både etableringsvedtak og pasientjournal. Det var også rutine for de fleste kommisjonene at faglig ansvarlig deltok på møtene, mens det forekom i noe mindre grad at pasienten deltok. Imidlertid viste gjennomgangen av disse opplysningene at bare 26 prosent av sakene ble vurdert som tilstrekkelig opplyst, i 39 prosent av sakene var det vanskelig å vurdere hvorvidt saken var tilstrekkelig opplyst, mens 35 prosent av sakene ble vurdert som for dårlig opplyst. I evalueringsrapporten ble dette sett i sammenheng med at nedtegnelser av beslutninger i vedtaket i stor grad var mangelfull og gjorde det således vanskelig å vurdere hvorvidt ettårsfristen var overholdt eller ikke. I flere saker var kontrollen dokumentert gjennom en kort formulering i

protokoll og ofte uten noen nærmere angitt dato for når det tvungne vernet ble etablert (ibid s. 84).

178 saker fra 50 kontrollkommisjoner ble gjennomgått for å vurdere hvorvidt det var foretatt en reell prøving av om vilkårene for tvungent vern fortsatt var til stede ved kontroll etter tre måneder og etter ett år (ibid s. 81). Gjennomgangen viste at i 71 prosent av sakene var det tvilsomt om kommisjonen hadde vurdert alle sider av saken før beslutning om forlengelse eller opphør ble tatt. Videre ble det foretatt en totalvurdering av det inntrykk nedtegnelsen i vedtaket ga, og det ble benyttet de samme kategorier som for vurderingen av de andre vedtakene; tilfredsstillende, noen merknader og mangelfull (ibid s. 82). Gjennomgangen viste at man i 28 prosent av sakene vurderte nedtegningen av kommisjonens beslutning som tilfredsstillende, i 26 prosent som at vedtaket ga grunn til noen merknader, mens 46 prosent ble vurdert som mangelfulle.

Sosial- og helsedirektoratet påpekte dermed at gjennomgangen av vedtak om forlengelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, gir grunn til å bemerke at mange kommisjoner i liten grad ser ut til å være opptatt av å sikre dokumentasjon for at vedtaket er truffet på et tilstrekkelig grunnlag (ibid s. 85).

Som en generell kommentar til hele gjennomgangen av vedtakenes innhold etter phvl § 3-10 annet og tredje ledd, kan det bemerkes at det ser ut til å forekomme ulike oppfatninger mellom kommisjonene i forhold til hvilke vurderinger som skal foretas ved behandling av slike saker. Det kan også virke som kommisjonene i liten grad søker å nedtegne utfyllende opplysninger og dokumentasjoner i vedtakene og at det til en viss grad foretas relativt overfladisk overveielser før en beslutning tas.

På bakgrunn av dette foreslo Sosial- og helsedepartementet å sette i verk tiltak som kan sikre en mer entydig praksis i saker som omhandler etterprøvingsvedtak (ibid s. 103).

Videre bemerkes det at det lave antallet saker som medførte opphevelse av vernet etter tremåneders etterprøvingene og ettårskontrollene kan være en indikator på at reglene ikke fungerer helt etter lovens intensjon. Det påpekes at ut fra rettssikkerhetshensyn er det alvorlig hvis den lave opphørsprosenten beror på at kontrollkommisjonene ikke gjør et grundig nok arbeid i forbindelse med etterprøvingene (ibid s. 86).

#### 4.2.4 Velferdskontroll

I henhold til phvl § 6-1 annet ledd skal kontrollkommisjonen i den utstrekning det er mulig føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet. Dette betegnes som velferdskontroll og er nærmere regulert i kkf. Kapittel 4.

Kkf. § 4-1 regulerer kontrollkommisjonenes besøksvirksomhet og stiller krav til minst ett besøk i måneden ved institusjoner som er godkjent for pasienter under tvungen psykisk helsevern med døgnopphold, mens det ved andre institusjoner og steder med privat forpleining stilles krav om besøk minst fire ganger i året. Besøkene kan foretas av et eller flere av kommisjonens medlemmer og noen av besøkene bør foregå uanmeldt.

Kkf. § 4-2 gir retningslinjer for hva kontrollkommisjonens kontroll skal bestå i. Den skal føre kontroll med restriktive tiltak, gjennomgå protokollene der opplysninger om vedtak etter phvl § kap 4 er ført inn, og undersøke hvorvidt det foreligger et husordensreglement og påse at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning. Videre skal kommisjonen ved besøk på institusjonene gi pasientene anledning til å fremsette klage og ellers ta opp forhold ved institusjonen. Nyinnlagte pasienter skal få tilbud om samtale med kommisjonen. For øvrig kan kommisjonens medlemmer så vidt mulig bistå pasientene med råd og hjelp.

Kontrollkommisjonen skal varsle Helsetilsynet i fylket om alvorlige forhold ved institusjonen. Velferdskontrollen ble tonet ned ved psykisk helsevernloven og ble således en sekundær oppgave for kontrollkommisjonene. Det sentrale ved besøk i institusjonen er at kommisjonen gjennom dette får en oversikt som gjør det mulig å utføre kontrolloppgavene på en forsvarlig måte. Særlig kontroll av restriktive tiltak rettet mot pasientene vil i større grad bli gjenstand for kontroll ved at kommisjonene har denne oppsøkende virksomheten.

I evalueringsrapporten tar Sosial- og helsedirektoratet for seg hvorvidt kommisjonene ivaretar denne velferdskontrollen, gjennom å undersøke hvordan besøkene gjennomføres og kontakten mellom kommisjon og pasienter etableres. Det har også vært ønskelig å se nærmere på hvordan kommisjonene gjennomfører kontroll med pasienter som er under tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold, samt i hvilken grad kommisjonene handler i tråd med varslingsplikten, jfr. kkf. § 4-2 fjerde ledd.

Kontrollkommisjonenes årsrapporter viser at det ble gjennomført 2353 besøk i 2003 (Evalueringsrapporten 2005, s. 87). En tredjedel av besøkene var uanmeldte, det vil si 806 besøkstilfeller. De aller fleste kommisjonene svarte at de har en fast praksis for gjennomføring av besøk i institusjoner. For de av kommisjonene som har klage- og etterprøvingssaker, gjennomføres besøkene som regel i sammenheng med at der holdes møter.

Et flertall blant kommisjonene påpekte at de anser det for hensiktsmessig å gjennomføre uanmeldte besøk, men kun 13 prosent hadde avdekket kritikkverdige forhold som følge av slike besøk. Enkelte kommisjoner mente at det ikke var hensiktsmessig med uanmeldte besøk da det var lettere å treffe behandlende lege ved anmeldte besøk, samt at det var lettere for pasienten å ta kontakt ved når det var klart at kommisjonen skulle komme.

Alle kommisjonene angir at de kontakter alle de pasientene som har bedt om samtale, mens praksisen er litt mer ulik mellom kommisjonene når det gjelder å kontakte alle nyinnlagte pasienter. I evalueringsrapporten vektlegges det at praksis tilsynelatende ivaretar at alle nyinnlagte får et tilbud om samtale med kommisjonen.

Kun fire prosent av kommisjonene unnlater å protokollføre besøkene.

Alle kommisjonene opplyser at protokollene over bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling, etter phvl kap 4, blir gjennomgått ved besøk. Protokollen gjennomgås som regel med fulltallig kommisjon og rundt halvparten gjennomgår også regelmessig journalopplysninger.

Kontrollkommisjonene ble bedt om å uttale seg om hvordan kontroll med pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold artet seg (ibid s. 89). 38 av kommisjonene gjorde nærmere rede for dette. Det viste seg at det forekom to ulike tilnærminger, der en var en direkte kontakt med pasientene. Kommisjonene oppsøkte selv pasientene ved besøk på institusjoner og DPS. Det ble påpekt at samtaler med helsepersonell, og egne observasjoner fremkom som en vesentlig informasjonskilde. Ved den andre tilnærmingen tok ikke kommisjonen kontakt med pasienten med mindre pasienten selv ba om det. Det ble påpekt at kommisjonen uansett regelmessig mottar informasjon fra institusjonen og at de stiller seg åpne for samtale ved henvendelse. Dette viser at det forekommer en ulik praksis ved utøvelse av velferdskontrollen for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det må imidlertid bemerkes at denne forskjellen i måten å etablere kontakt med pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på, til en viss grad kan forklares med at de ulike kommisjonene har ansvar for ulike



DPS og av disse har bare noen boenheter der pasientene kan bo. Dermed vil det være lettere å ha en lav terskel for kontakt der pasienten har midlertidig opphold ved DPS, enn der pasienten kommer inn til avtalt tid til samtale og behandling. Det påpekes i evalueringsrapporten at dette er et viktig funn da det foregår en utvikling i retning av en desentralisert tjenestemodell innenfor psykisk helsevern (ibid s. 94). Dette vil medføre at DPSer vil bli etablert over hele landet. I *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* utgitt i regi av Sosial- og helsedirektoratet, listes hovedmålsettinger ved Opptrappingsplanen for psykisk helse opp. I dette henseendet skrives det:

”Bruk av tvang vil henge nøye sammen med hvordan helsetjenesten og da særlig det psykiske helsevernet, til enhver tid er organisert. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse skal tjenestetilbudet innenfor det psykiske helsevernet omstruktureres og bygges ut. I det psykiske helsevernet for voksne skal allmennpsykiatrien flyttes ut til distriktpsikiatriske sentre, mens de psykiatriske sykehusavdelingene skal spesialiseres. I det psykiske helsevernet for barn og ungdom satses det på å bygge ut barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og spesialiserte døgnbehandlingstilbud i form av egne klinikkavdelinger. Både for voksne og barn og unge er målet at flertallet av pasientene skal gis et poliklinisk tilbud i en eller annen form. Døgnbehandling skal benyttes minst mulig, og da kun for kortere perioder.” (Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang 2006, s. 25-26).

Her gjøres det rede for en desentralisering av det psykiske helsevernet. Målsettingen er å kunne behandle flest mulig uten for inngripende elementer av tvang, og det argumenteres her for at det best gjøres gjennom lokalt forankrede distriktpsikiatriske sentre, også kalt DPSer.

Som nevnt tidligere kan det se ut til at kontrollkommisjonene møter visse problemer ved å utføre velferdskontroll på DPSer, da det oppstår en distanse mellom pasientene og kommisjonene.

42 prosent av kommisjonene uttaler vider at de opplever særskilte problemer i utførelsen av velferdskontroll for pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (ibid s. 90). Disse problemene viser seg i all hovedsak å ha rot i nedprioriteringer, enten grunnet manglende kapasitet eller grunnet uklarhet i forhold til hva kontrollen skal bestå i. En fjerdedel av kommisjonene hevder de ikke har nok kapasitet til å ivareta kontrollen med velferden til pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Ved en økt desentralisering innenfor det psykiske helsevernet vil en stadig større gruppe pasienter bli overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette krever dermed at kommisjonene evner å tilpasse seg

de endrede besøks- og kontrollrutiner dette medfører. I evalueringsrapporten beskrives kommisjonenes kontrolloppgaver i forhold til DPS som en særlig utfordring og det konstateres at kontroll med DPS utøves svært forskjellig fra kommisjon til kommisjon, blant annet med hensyn til tilsynshyppighet, rutiner for tilsynsbesøk og behandling av klage- og etterprøvingssaker (Evalueringsrapporten 2005, s. 98).

Sosial- og helsedirektoratet foreslo derfor at det burde utredes nærmere hvilken rolle og hvilke oppgaver kontrollkommisjonene skal ha i forhold til de endringene som finner sted innen psykisk helsevern med utviklingen av desentraliserte tjenester (ibid s. 103).

Kontrollkommisjonene er gjennom phvl § 6-1 annet ledd og kkf. § 4-2 fjerde ledd, gitt myndighet til å ta opp forhold den vil påpeke ved institusjonen med institusjonens ledelse eller den faglig ansvarlige for vedtak. Litt over halvparten av kommisjonene uttaler at de har, på selvstendig grunnlag, tatt opp forhold knyttet til tvangsmiddelbruk med institusjonene (ibid s. 90). Her nevnes særlig kritikk av omfanget av tvangsbruk overfor enkeltpasienter, kritikk av mangelfull føring og mangelfull begrunnelse for tvangstiltak i tvangsprotokoll, samt kritikk av manglende føring av vedtak om restriktivt tiltak i journalen. Phvl § 4-4 annet ledd a, behandling med legemidler mot eget samtykke, ble tatt opp med institusjonen av en tredjedel av kommisjonene. Omtrent 40 prosent av kommisjonene uttaler at de på eget initiativ har tatt opp forhold knyttet til andre restriktive tiltak. Kommisjonene fremstår således relativt aktive når det gjelder å ta opp forhold med institusjonen på eget initiativ, og dette er en viktig del av den velferdskontrollen som ligger i kommisjonenes instruks.

Over halvparten av kommisjonene har tatt opp andre velferdsmessige forhold med institusjonen (ibid s. 91). I hovedsak gjelder dette praktiske forhold som berører pasientens daglige gjøremål innad i institusjonen, som husordensregler, institusjonens boligstandard med mer. I tillegg er det i enkelte tilfeller tatt opp saker som gjelder institusjonenes organisasjonsmessige inndeling, ved bemanningssituasjon, formelle praksiser, behandlingstilbud med mer. Det ble også tatt opp med institusjonen deres praksis vedrørende individuell plan, både generelt og i relasjon til enkeltpasienter. I tillegg nevner kommisjonene en rekke andre forhold som ble tatt opp med institusjonen. De fleste kommisjonene påpeker at forholdene de tok opp stort sett ble rettet opp. Institusjonene kan således sies å være lydhøre overfor den kritikken de blir utsatt for fra

kontrollkommisjonene. En av kommisjonene uttaler at de opplever institusjonen dithen at de tilstreber seg på å etterleve kommisjonens pålegg, men at ressursknapphet skaper hindringer både i relasjon til personalkapasitet og økonomi (Evalueringsrapport 2005 s. 92).

I henhold til kkf. § 4-2 fjerde ledd skal kontrollkommisjonen varsle Helsetilsynet i fylket om alvorlige forhold ved institusjonen. 28 prosent av kommisjonene oppga at de hadde gjort dette (ibid s. 92). Flere ulike forhold ble vurdert som så alvorlige at de ble varslet, det være seg kapasitetssvikt ved akuttavdelinger, bygningsmessige forhold eller feilplassering av pasienter. I tillegg til brudd på konverteringsforbud, manglende individuell plan, bruk av mekaniske tvangsmidler på barn under 16 år med mer. At nærmest en tredjedel av kommisjonene oppgir å ha varslet tilsynsmyndighetene ved alvorlige forhold, borger for å hevde at kommisjonene også her fremstår relativt aktive. Nå sier imidlertid ikke rapporten noe om den underrepresentasjonen som kan gjøre seg gjeldende i slike undersøkelser, representert ved prinsippene for statistisk metode (Ringdal, 2001). Tallene det viser til sier kun hvilken aktiv handling kontrollorganet har utført, men det sier ingenting om den faktiske mengde av alvorlige saker som kan forekomme innenfor slike institusjoner. Man skal derfor være forsiktig med å slutte fra de tallene som her foreligger, enten at kontrollorganene er spesielt aktive, eller at kontrollorganene kun reagerer på de få tilfellene av alvorlige forhold som foreligger. Det er således en mulighet for underrepresentasjon begge veier.

#### 4.2.5 Rammebetingelser

I evalueringsrapporten vektlegges det at visse rammebetingelser må være tilstede for at kontrollkommisjonene skal fungere tilfredsstillende (Evalueringsrapport 2005, s. 94). Georg Høyér gjennomførte på 1980-tallet en omfattende undersøkelse av tvungent psykisk helsevern i Norge (Høyér, 1986). Hans undersøkelse pekte som tidligere nevnt på vesentlige svakheter ved kontrollkommisjonsordningen og han påsto at disse svakhetene ga grunn til å hevde at kommisjonene ikke fungerte fullt ut som de rettssikkerhetsorganene de var ment å være. Det var særlig tre faktorer som gjorde seg gjeldende; kommisjonenes store arbeidsbelastning, deres svake kompetanse i psykiatriske spørsmål og den ulike praksisen som hadde nedfelt seg i enkelte kommisjoner, særlig i forhold til at kommisjonene sjelden tok opp saker på eget initiativ. Disse ankepunktene er sammenfallende med det Sosial- og helsedepartementet beskriver som rammebetingelser i evalueringsrapporten

Kommisjonene ble bedt om å uttale seg om deres arbeidsbelastning og anslå hvor stor andel av kommisjonens samlede tidsforbruk som går med til ulike arbeidsoppgaver (Evalueringsrapporten 2005 s. 95). Det var antatt at siden kommisjonene behandler et svært forskjellig klage- og etterprøvingssaker, ville også arbeidsbelastningen mellom dem være tilsvarende ujevnt fordelt. Av evalueringsrapporten går det frem at 27 prosent av tiden gikk med til klagebehandling, 21 prosent av tiden til rutinemessig gjennomgang av tvangsmiddels- og tvangsbehandlingsprotokoller og journaler, 14 prosent går med til øvrig kontroll av pasientens velferd, 14 prosent av tiden gikk med til reise og 4 prosent av tiden ble brukt til juridisk bistand til institusjonene. Dette viser at kommisjonene i hovedsak bruker tiden på klagebehandling og kontroll av hvorvidt det rettslige grunnlaget for vernet er oppfylt.

Kommisjonene ble videre bedt om å uttale seg om hvordan henholdsvis kommisjonen og kommisjonslederne vurderer sin arbeidssituasjon med hensyn til om de har for lite, passe eller for mye å gjøre (ibid s. 95). I all hovedsak uttalte både kommisjonene generelt og lederne spesielt at arbeidsbelastningen var passe. Kommisjonene ble også spurt om hvor mange timer per måned kommisjonslederen normalt brukte til kommisjonsarbeid. Her viste svarene fra 1 til 52 timer med et gjennomsnitt på 13 per måned.

Slik det kommer frem av disse svarene fremstår ikke lenger arbeidsmengden som like belastende som det Høyer refererte til (Høyer, 1986). Det ble til og med fra enkelte kommisjoner påpekt at en liten arbeidsbelastning med få eller ingen klagesaker, gir lite praktisk erfaring med komplisert regelverk og kan således medføre at entusiasmen for arbeidet reduseres (Evalueringsrapport 2005, s. 98). Da kommisjonene i spørreundersøkelsen ble spurt om hvorvidt de hadde hatt spesielle erfaringer med den nye psykiske helsevernloven som medførte konsekvenser for arbeidet dere, kom det fram en ganske annen side (ibid s. 97). Vel halvparten av kommisjonene som besvarte dette spørsmålet<sup>6</sup> svarte at innføringen av psykisk helsevernloven hadde medført en betydelig utvidet arbeidsmengde for kommisjonene. Flere oppgir at de mener at dette har gått ut over muligheten til å drive alminnelig velferdskontroll. Det er særlig det økte rettighetsvernet i psykisk helsevernloven som oppfattes som belastende, da kommisjonene oppga at de måtte bruke

---

<sup>6</sup> Det var kun 30 av totalt 57 kommisjoner som svarte på dette spørsmålet

mye lenger tid på hver sak de behandlet. Strengsaksbehandlingsregler krever således mer papirarbeid fra kommisjonene enn det som var nødvendig under den gamle loven.

For 39 av kommisjonene ble det oppgitt at kommisjonslederen hadde full stilling ved siden av kommisjonsarbeidet, mens kommisjonslederen hadde en stillingsprosent på mellom 30 og 97 for syv av kommisjonene (ibid s. 95). I tre kommisjoner ble det oppgitt at kommisjonsleder ikke har noen annen stilling ved siden av kommisjonsarbeidet<sup>7</sup>. Dette gjelder i hovedsak kommisjoner med mange saker.

I 70 prosent av kontrollkommisjonene praktiserte kommisjonslederen som dommer ved siden av arbeidet som leder i kontrollkommisjonen (ibid s. 96). Dette utgjør 40 av 57 kommisjoner.

Kontrollkommisjonens legemedlem hadde spesialistkompetanse i 3 av 57 kommisjoner.

Kommisjonene ble i spørreundersøkelsen bedt om å uttale seg om hvorvidt de opplevde at det kunne være vanskelig å overprøve institusjonens faglige vurderinger. I Høyer sin undersøkelse ble det pekt på at kommisjonene sjelden overprøvde ansvarshavende leges faglige vurderinger (Høyer, 1986). Rundt halvparten av kommisjonene angir at det ofte eller av og til kan være vanskelig å overprøve institusjonens faglige vurderinger. De resterende har svart sjelden eller aldri på dette spørsmålet (Evalueringsrapporten, 2005, s. 96).

Kommisjonene ble videre spurt om det var noen av vilkårene det var særskilt vanskelig å overprøve. Her viste svarene at det i hovedsak var behandlingsvilkåret som var vanskelig å overprøve. I evalueringsrapporten bemerkes det at nødvendig kompetanse er en forutsetning for at kommisjonen skal kunne prøve alle sider av saken (ibid s. 99) I henhold til phvl §6-2 stilles det ikke krav til spesialistkompetanse hos legemedlemmet.

Sosial- og helsedirektoratet vurderte det derfor dithen at det kunne være nødvendig med en nærmere utredning av hvorvidt en styrking av kommisjonenes kompetanse ville medføre en styrking av muligheten til å foreta selvstendige faglige vurderinger. En styrking av kompetanse henspiller her på at det stilles krav til spesialistkompetanse hos legemedlemmet. Direktoratet stiller spørsmål ved hensiktsmessigheten av en slik spesialistkompetanse da det kan fungere mot

---

<sup>7</sup> Kun 49 av de totalt 57 kommisjonene svarte på dette spørsmålet.

sin virkning (ibid s. 100). I undersøkelsen til Høyér ble det også pekt på at en slik ekspertise kan medføre en uheldig identifikasjon med systemet en er satt til å kontrollere (Høyér, 1986).

Evalueringen av kontrollkommisjonene resulterte i flere konkrete forslag til endringer. Sosial- og helsedirektoratet påpekte at funnene i rapporten danner et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bøte på de mangler som ble avdekket. I tillegg til konkrete tiltak, ble også enkelte elementer fra rapporten tatt med videre som innspill i forarbeidene til endringene til psykisk helsevernloven. Flere av disse innspillene var sammenfallende med Helse- og omsorgsdepartementets forslag som ble sendt ut på høring, og således er flere av de aspekter som ble utsatt for kritikk ikke lenger en del av gjeldende rett.

Informasjonsmateriellet som ble etterspurt foreligger i dag både på institusjoner og på Sosial- og helsedirektoratets hjemmesider på nett. I tillegg har det blitt utviklet standardiserte maler som skal bidra til en større entydighet mellom kommisjonene når det gjelder enhetlig behandling og nedtegning av klager, disse ligger også tilgjengelig på Sosial- og helsedirektoratets hjemmesider. Videre ble det foreslått å utarbeide retningslinjer for kontrollkommisjonenes saksbehandling for å sikre en størst mulig grad av sammenfallende praksis mellom de ulike kommisjonene. Det ble derfor utarbeidet et rundskriv som gir en sammenfatning av hvilke regler som gjelder for kontrollkommisjonenes saksbehandling (Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern, IS-10/2007). Formålet med rundskrivet er å virke som et hjelpemiddel for kontrollkommisjonenes arbeid. I tillegg til dette ble det uttrykt behov for flere mindre presiseringer og konkretiseringer.

Innenfor tvungent psykisk helsevern er det den faglig ansvarlige for vedtak som har vedtakskompetansen i forhold til tvangsinngrep overfor pasienter. Det er denne fagpersonen kontrollkommisjonene skal forholde seg til når de prøver gyldigheten av vedtak om tvangsinngrep. Georg Høyér viste gjennom sin undersøkelse av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern på 1980-tallet, at den faglig ansvarlige for vedtak var gitt en stor frihet ved utøvelse av faglig skjønn i relasjon til tvangsinngrep. Han skriver;

”De er også i en situasjon der de har anledning til å definere og beskrive den foreliggende situasjon som premiss for sine beslutninger om tvungent psykisk helsevern. Sett på bakgrunn av psykiatrien vitenskapsteoretisk har røtter i

ulike tradisjoner, blir det tilsvarende vanskelig å bedømme og kontrollere det vitenskapelige fundament som psykiaternes vurderinger bygger på.” (Høyer, 1986, s. 100)

Høyer anbefalte derfor at psykiaternes muligheter for skjønnsutøvelse i spørsmål om tvungent psykisk helsevern burde begrenses slik at man kunne oppnå en styrket rettsstilling for pasientene. Ved psykisk helsevernloven ble i hovedsak den faglig ansvarlige for vedtaks vide skjønnsstilgang videreført, men loven ble i større grad formalisert ved å kreve vedtaksfestning av inngripende tiltak. I tillegg fikk pasientene utvidede rettigheter og en styrket klageadgang.

Det kan derfor være intreressant å se hvordan de faglig ansvarlige for vedtak forholder seg til denne loven og i hvilken grad den har bidrat til å endre deres posisjon i forhold til vide skjønnsfullmakter.

Sett i relasjon til evalueringsrapporten av kontrollkommisjonene, der det ble gjort rede for kommisjonens forhold til psykisk helsevernloven, er det interessant å se hvordan denne loven praktiseres fra en annen side.

## **5 Aktuell forskning på psykisk helsevern-feltet**

For å tegne et bilde av det landskapet kontrollkommisjonene opererer i kan det være fruktbart å kort gjøre rede for to rapporter som beskriver viktige sider ved psykisk helsevern.

Den første rapporten er en undersøkelse av den faglige ansvarlige for vedtak i psykisk helsevern. Denne rapporten gir et bilde av kommisjonens motpart i saksbehandlingsrelasjonen, den faglig ansvarlige for vedtak. Denne rapporten viser hvilke utfordringer de har i møte med psykisk helsevernloven og de lovendringer som har medført en økt arbeidsbelastning for dem. Rapporten viser også interessante utfordringer i møtet mellom kontrollkommisjon og faglig ansvarlig for vedtak, og det er særlig disse som vil vektlegges her.

Den andre rapporten er en analyse av omfanget av tvang innenfor det psykiske helsevern i regi av SINTEF Helse. Denne rapporten gjør det mulig å vite mer om hvem som er pasienter i psykisk helsevern, og således hvem som utgjør pasientgrunnlaget kommisjonene er satt til etterse rettighetene til.

Det vil i hovedsak kun refereres hovedfunn fra begge rapportene.

### 5.1 Den faglig ansvarlige for vedtak i psykisk helsevern

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Øst og Helseregion Sør gjennomførte i 2005 en spørreskjemaundersøkelse blant overleger og andre med faglig ansvar for vedtak i psykisk helsevern. Resultatet av undersøkelsen foreligger i prosjektrapporten "Erfaringer med psykisk helsevernloven ved akuttpsykiatriske avdelinger 2001-2005. En spørreskjemaundersøkelse blant overleger og andre med faglig ansvar for vedtak i henhold til loven".<sup>8</sup> Kompetansesenteret er en del av forsknings- og undervisningsavdelingen ved Psykiatrisk divisjon, Ullevål universitetssykehus Helseforetak, og rapporten kan ses som et ledd i senterets løpende evaluering av psykisk helsevernloven og praktiseringen av den. Undersøkelsen ble gjennomført av en psykiater og en jurist ansatt ved senteret.

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge hvilke erfaringer de faglig ansvarlige for vedtak hadde med loven samt deres vurderinger av denne. Initiativet ble tatt av Kompetansesenteret selv, og ble gjennomført uavhengig av og før Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat med forslag til endringer i psykisk helsevernloven som kom sommeren 2005.

Tvangsvedtak og beslutninger om nærmere angitte tiltak innenfor psykisk helsevern skal fattes av den faglig ansvarlige for vedtak og etter psykisk helsevernlovens § 1-4 er det i hovedsak vedkommende overlege. Dette innebærer at denne har spesialistutdanning innenfor psykiatri. Gjennom forskrift av 1 desember 2000 nr. 1219 har imidlertid Sosial- og helsedepartementet åpnet for at også klinisk psykolog med fordypningsområde klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykiatri, og med to års relevant praksis kan være faglig ansvarlig for vedtak, med unntak av vedtak om behandling med legemidler (Ohnstad, 2002). I rapporten har Kompetansesenteret søkt å kartlegge holdninger til og erfaringer med loven hos disse psykiaterne og psykologene. Rapporten er avgrenset til å gjelde kun faglig ansvarlige ved akuttpsykiatriske avdelinger.

---

<sup>8</sup> Heretter kalt "Kompetansesenterets prosjektrapport, 2005".



### 5.1.1 Vesentlige funn ved Kompetansesenterets prosjektrapport

I hovedsak viste undersøkelsen at de faglige ansvarlige for vedtak i psykisk helsevern i liten grad fant det problematisk å forholde seg til psykisk helsevernloven. Det medisinske feltet har gradvis over flere år vent seg til en større grad av krav til vedtaksfesting, og slik sett er erfarings- og kompetansegrunnlaget for en slik byråkratisk arbeidsform til stede. Det ble imidlertid fra enkelte hold vist til at det økte rettighetsvernet for pasienter innenfor det psykiske helsevern i for stor grad medførte det de omtalte som en ”jusifisering” av den kliniske hverdagen. Flere faglig ansvarlige så dette som en belastning for deres arbeidshverdag og som en unødvendig byråkratisk utvikling. Særlig ble dette påpekt ved utarbeidelse av Individuell plan, da dette ble ansett som både tidkrevende og omfattende.

Av særlig interesse i denne sammenhengen er de faglige ansvarliges erfaring med kontroll og etterprøving. I rapporten kom det fram at det nesten utelukkende ble rapportert om et godt kommunikasjonsklima med kontrollkommisjonen, selv om det i en del tilfeller forelå ulike syn på riktigheten av vedtakene de var satt til å vurdere. Flere faglige ansvarlige påpekte at det sjelden forekom uenighet om forståelsen av regleverket mellom fagfolk og kontrollkommisjonen. En faglig ansvarlig tilføyde;

”Samarbeidet med kontrollkommisjonen er godt i den forstand at jeg synes de ivaretar en nødvendig kontrollfunksjon på en samvittighetsfull og god måte, med hensynet til pasientenes ve og vel som et overordnet hensyn,” (Kompetansesenterets prosjektrapport, 2005, s. 20).

Denne uttalelsen viser til at det foreligger en god forståelse mellom de faglig ansvarlige og medlemmene i kontrollkommisjonene, der kontrollen av pasientenes rettigheter og krav står i sentrum. En annen faglig ansvarlig har mer delte erfaringer fra dette samarbeidet;

”Fagfolket mener at KK(kontrollkommisjonen, min presisering) i en del tilfeller har meninger og ønsker å komme med føringer av psykiatrifaglig og ikke lovfaglig art, der de ikke har tilstrekkelig kompetanse, med full respekt for legefagmedlemmet. Når det gjelder rene juridiske problemstillinger retter fagfolket seg etter KK.” (Ibid, s. 20).

Her viser den faglig ansvarlige til den dobbeltrollen kontrollkommisjonen har ved både å være klageorgan og kontrollorgan. Kontrolloppgavene går i hovedsak ut på å etterse hvorvidt

gjennomføring og behandling innen tvungent psykisk helsevern følger loven, men de har også en varslingsplikt til tilsynsmyndigheter der de kommer over alvorlige forhold ved institusjonen. I henhold til loven skal kommisjonene så langt det er mulig føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Dermed er ikke kontrollkommisjonens oppgaver strengt begrenset til det rent juridiske, selv om det kunne virke som om denne faglig ansvarlige kan synes å oppfatte det slik.

I hovedsak kan man ut fra denne rapporten få et bilde av et godt samarbeidsklima mellom faglig ansvarlig og kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern. Denne rapporten tar utgangspunkt i den faglige ansvarliges forhold til kommisjonene, og sier således ingenting om vurderingen av denne relasjonen sett fra kommisjonenes side. Dette er et aspekt jeg vil komme tilbake til senere. Dette bildet på et godt samarbeidsklima må sies å være et viktig funn i denne rapporten om den faglig ansvarlige i psykisk helsevern.

## 5.2 SINTEF-rapporten

Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet ga forskningsorganisasjonen SINTEF Helse i oppdrag å gjøre en analyse av bruk av tvang i psykisk helsevern. Dette resulterte i rapporten ”Bruk av tvang i psykisk helsevern”, offentliggjort i februar 2006.

Behovet for rapporten var stort da de årlig innrapporterte opplysningene fra institusjonene viste seg å være mangelfulle. Institusjonene skal regelmessig rapportere komplette opplysninger om tvang til Norsk Pasientregister (NPR). Helsetilsynets tilsynsmelding for 2004 viste imidlertid at selv om flere institusjoner hadde gode rapporteringsrutiner så var det på landsbasis store mangler. Helsetilsynet kunne ikke finne tilfredsstillende opplysninger verken om liggetid, omfang av tvangsbehandling eller bruk av tvangsmidler.

Dermed var det nødvendig å hente inn tallmateriale til analysen basert på andre metoder, og til grunn for rapporten ligger pasienttellingen i 2003 og 2004. Tellingen ble utført 20 november 2003 for døgnpasienter og over en periode på to uker i september 2004 for dagpasienter og polikliniske pasienter. Til sammen er det registrert opplysninger om 4200 døgnpasienter der 1051 var pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Poliklinikkregistreringen utgjorde ca 21 500 pasienter og av disse var 600 pasienter under tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start. Pasienter som var under behandling men som ikke var til konsultasjon i løpet av den to uker lange registreringsperioden ble ikke regnet med. Man kan derfor ikke si eksakt

hvor mange som til enhver tid er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kun andelen som mottok konsultasjon i registreringsperioden. Tallene viser imidlertid hvor stor andel av de som var til konsultasjon i registreringsperioden som var under tvungent vern og gir således et datagrunnlag som kan si noe om pasientpopulasjonen som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er pasientens juridiske status ved starten av behandlingen som er registrert.

Denne måten å samle inn data på kalles en tverrsnittundersøkelse og gir et øyeblikksbilde av omfanget og fordelingen av tvang innenfor psykisk helsevern. Slike undersøkelser sier alene ingenting om utviklingen i tid eller i hvilken retning utviklingen går, men sammenstilt med tidligere tverssnittundersøkelser legges det et grunnlag for komparativ analyse (Ringdal, 2001).

Tverrsnittregistreringen for døgnpasienter utført i 2003, er en oppfølging av tilsvarende pasientregistreringer foretatt med fem års mellomrom siden 1979. Siden skjema og design bygger på de foregående registreringene, kan resultatene også sammenliknes. Dette gir et grunnlag for å kunne trekke noen konklusjoner om utvikling og endringer innenfor psykisk helsevern i løpet av de siste 20 årene.

Tverrsnittregistreringen for dag- og poliklinikkpasienter utført i 2004, er tilsvarende lik en tverrsnittundersøkelse i 2000. Data fra disse to undersøkelsene er dermed søkt sammenliknet men gir ikke et like fyldig materiale som tverrsnittundersøkelsen for døgnpasienter.

Begge registreringene er anonymisert og kan således ikke benyttes til å vise individuelle endringer over tid.

### 5.2.1 Datainnsamling

Tallmateriale til tverrsnittregistreringen for døgnpasienter ble hentet inn ved at behandlerne ved døgninstitusjonene fylte ut et registreringsskjema for den enkelte pasient som var innlagt på registreringstidspunktet 20 november 2003. Det er som nevnt pasientenes juridiske status, om pasienten var under tvungent eller frivillig psykisk helsevern på registreringsdagen, som skulle registreres. Skjemaene ble deretter sendt til SINTEF Helse for registrering og behandling. Til sammen fikk de opplysninger om 4 200 pasienter der 2 371 var registrerte døgnpasienter ved sykehusavdelinger, 1 440 ved DPS-er og 389 ved sykehjem (Bruk av tvang i psykisk helsevern 2006, s, 41).

Tallmateriale til tverrsnittregistreringen for dag- og poliklinikkpasienter ble også hentet inn ved spørreskjema, sendt til alle offentlig godkjente poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne samt alle privatpraktiserende med driftstilskudd (avtalespesialister). Behandlerne fylte deretter ut et registreringsskjema for hver pasient de behandlet eller undersøkte i løpet av registreringsperioden i september 2004. Også her var det pasientenes juridiske status som skulle registreres. Skjemaene ble sendt SINTEF Helse for registrering og behandling. Totalt kom 21 527 registreringsskjemaer tilbake fra poliklinikkene (ibid s, 41).

Jeg vil i det følgende gjøre rede for de vesentlige funnene ved denne rapporten, men jeg vil ikke gå i nærmere detalj i en kvantitativ vurdering. Det essensielle ved denne rapporten er det bildet den er i stand til å vise fram av hva som utgjør pasientpopulasjonen innenfor psykisk helsevern, og hvilke kjennetegn som preger dem.

### 5.2.2 Sentrale momenter ved SINTEF-rapporten

En slik bred undersøkelse gir mye informasjon om mange vesentlige sider ved psykisk helsevern. Til gjenstand for SINTEFs rapport lå et omfattende materiale og helsetilsynet avgir i første del av rapporten en analyse av de resultatene de anså som de viktigste for en videre vurdering. De skriver;

”Som tilsynsmyndighet er det vår oppgave å finne fram til, avdekke og peke ut områder i sosial- og helsetjenestene der det er risiko for svikt, og eventuelt å sørge for tilsynsmessig oppfølging. Tjenesteområdene er store, tilsynsressursene begrenset, og det er derfor nødvendig å holde fokus på de områdene som er vesentlige for brukerne, der konsekvensene av svikt er alvorlige for pasientene og brukerne, og å ta særlig hensyn til at det er enkeltgrupper som har dårligere mulighet enn andre til selv å ivareta sine interesser, slik at de blir mer sårbare for svikt.” (Bruk av tvang i psykisk helsevern, 2006, s. 16).

En av hovedkonklusjonene som helsetilsynet trakk på basis av rapporten er at bruk av tvang fremkommer som nært knyttet opp til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet. Dette er en gruppe pasienter som nettopp er i en særstilling når det gjelder mulighet til å ivareta sine interesser i møtet med psykisk helsevern. Det påpekes videre at dette er aspekter som mange har visst om men som ikke tidligere har vært dokumentert i norsk materiale og som gjør det nødvendig å stille spørsmål ved kvaliteten og rettssikkerheten i tvungent psykisk helsevern. Som

det kommer frem gjennom SINTEF-rapporten består pasientpopulasjonen i tvungent psykisk helsevern i hovedsak av en svakt stilt pasientgruppe. De pasientene det blir brukt tvang overfor, både gjennom tvungent vern med eller uten døgnopphold, tvangsbehandling og gjennom bruk av tvangsmidler, har dårligere økonomi, svakere sosial tilknytning og lavere utdanning enn de pasientene som behandles frivillig.

Som analysen også viste var opp mot 40 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold uten egen bolig. I tillegg fremkom det at behandlerne ikke anså kvaliteten som god nok for en del av de botilbudene en betydelig andel pasienter hadde. Det ble særlig uttrykt behov for mer hjelp og tilsyn i boligen enn det pasienten med bolig hadde.

Helsetilsynet stiller således spørsmål ved hvilken sammenheng mellom fattigdom og tvang man kan utlede av dette materialet. De skriver;

”Et interessant spørsmål er i tillegg om det kan være mer direkte forbindelser mellom fattigdom og bruk av tvang, og mellom bostedsløshet og tvang. Gitt samme sykелighet, kan det stilles spørsmål om sannsynligheten for at det blir anvendt tvungent psykisk helsevern øker jo dårligere pasienten scorer sosioøkonomisk; med lav utdanning, på trygd, enslig og bostedsløs? Kan det å forebygge sosial og økonomisk nød også bidra til å redusere bruken av tvungent psykisk helsevern?” (ibid s. 18).

Ut fra det materialet som SINTEF-rapporten presenterte er det ikke mulig å besvare dette spørsmålet, til det trengs det mer gjennomgående analyser av boforhold i relasjon til sosioøkonomiske faktorer. Men det reiser likevel et viktig spørsmål i forhold til tvang sett i et sosialt perspektiv. Hvis det er slik at man kan utlede en slik korrelasjon mellom fattigdom og bruk av tvang, så vil det ligge en mulighet for at man benytter tvang for å løse sosiale problemer som har rot i andre forhold enn de strengt medisinske. Sannsynligvis er det en rekke faktorer som spiller inn og påvirker mengden tvang som benyttes i psykisk helsevern. Men det er likevel grunnlag for å påstå at pasientens totalsituasjon og grad av sosial og økonomisk forkommenhet spiller en vesentlig rolle.

En annen hovedkonklusjon helsetilsynet trakk på basis av rapporten var at det forekom en viss grad av differanse mellom reelt og ønskelig behandlingstilbud, etter vurdering fra behandlerne, for pasienter under tvang i psykisk helsevern. Her viste det seg at tilbudene i hovedsak var i overensstemmelse med hva behandlerne mente det burde være, både for pasienter på tvang og for

de frivillig innlagte. Men for gruppen av tvangsinnlagte pasienter var graden av differanse større. Dette blir fra helsetilsynets side påpekt at nok er et forventet avvik da det er vanskeligere å etablere en god behandlingsrelasjon for pasienter på tvang da de oftere ikke selv ønsker tilbudet om behandling. Likevel er det verdt å sette et kritisk lys på dette avviket da det i stor grad er behovet for behandling som legitimerer tvangsinngrepet, og dermed vil kvaliteten på den behandlingen som blir gitt være avgjørende for inngrepets gyldighet. Helsetilsynet påpeker;

”For døgnpasientene, er det tvungne vernet i 95 prosent av innleggelsene begrunnet i det såkalte behandlingskriteriet som tilleggsvilkår, enten alene eller sammen med farekriteriet. For pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er dette tilfellet i 87 prosent av vedtakene. Når behovet for å komme til med behandling ligger til grunn for vedtaket om tvungent psykisk helsevern, følger krav om tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gi adekvat behandling, med sannsynlig effekt. Selve tilbakeholdelsen ved en døgnavdeling kan ikke betraktes som behandling.” (Bruk av tvang i psykisk helsevern, 2006 s. 19).

Dermed vil kvaliteten på den behandling pasientene mottar være av avgjørende betydning for hvorvidt et tvangsinngrep kan ansees som rimelig og i tråd med norsk lov. Med andre ord vil en forsvarlig bruk av tvang forutsette faglig forsvarlig behandling. Man kunne ikke slutte ut fra de data rapporten leverte i hvilken grad kravet til faglig forsvarlighet var oppfylt eller ikke, men det ble fra helsetilsynets side anmodet om at de avvikene som skyldes manglende kompetanse eller kapasitet burde følges opp videre.

Et av de mest iøynefallende funnene i SINTEF-rapporten var at den avdekket store geografiske forskjeller i bruken av tvang. Dette gjaldt innenfor alle områder som ble lagt til grunn for analysen; tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler. Det viste seg å være store geografiske variasjoner mellom helseforetak og delvis også mellom regionale helseforetaksområder. Analysen viste videre at enkelte foretaksområder skilte seg ut ved at de hadde gjennomgående høye andeler og rater for bruk av tvang. Det vil si at de generelt benyttet mye tvang overfor sine pasienter. Helsetilsynet gjennomførte derfor en tilleggssanalyse for å finne ut hvorvidt ulike tvangsformer brukes ulikt på ulike steder, eller om det virkelig var slik rapporten viste at helseforetaksområder med høy forekomst av en tvangsform også hadde høy forekomst av andre tvangsformer. De ønsket med dette å finne ut i hvilken grad

det lå substitusjonseffekter bak tallene, at det innenfor samme helseforetaksområde ble benyttet mer av noen tvangsformer og mindre av andre. De skriver;

”Hovedresultatet av denne analysen bekrefter at det er betydelige forskjeller i tvangsbruken mellom foretaksområdene. Selv om resultatene må tolkes med forsiktighet, er det ingen ting som tyder på at det er såkalte substitusjonseffekter som gjør seg gjeldende. Tvert om ser det ut til at helseforetaksområder som har høye andeler eller rater for en tvangsform, gjennomgående også har høyere andeler eller rater for andre tvangsformer. Områder med høye rater og andeler for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og for tvangsbehandling med legemidler, har også høye rater og andeler for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og for tvangsbehandling med legemidler. Områder med høye rater for bruk av ett tvangsmiddel har også høye rater for bruk av et annet tvangsmiddel.”. (ibid s. 22).

Helsetilsynet anmoder altså om forsiktighet i tolkningen av disse resultatene, da de er belemret med usikkerhet. Det kan være nærliggende å anta en slik grad av geografisk variasjon kan være en indikator på at det har utviklet seg ulike kulturer for bruk av tvang i de forskjellige helseforetaksområdene. Det kan forekomme en ulik forståelse av regelverket som regulerer bruken av tvangsinngrep og den faglige forsvarlighet i utøvelsen av denne. På samme tid kan denne variasjonen være påvirket av helt andre faktorer. Det synes naturlig at områder med storbyproblematikk må håndtere en bredere sammensatt pasientgruppe enn de mindre helseforetakene og derigjennom også ha behov for å i større grad benytte seg av tvangsmidler. En slik ulikhet i befolkningssammensetningen vil nok være med på å prege de tallene rapporten fremskaffer. På samme tid vil nok også ressurstilgang og tilførsel av kompetanse bidra til å justere graden av anvendt tvang innenfor helseforetak og innenfor regionene. Man kan også anta at geografisk tilgjengelighet og tilknytning gjør det lettere å følge opp pasienter uten døgnopphold gjennom lokale DPSer enn der det kommunale tilbudet er skinnere utbygget. Til tross for dette finner helsetilsynet det sannsynlig at noe av denne forskjellen må kunne forklares med at det forekommer ulike holdninger til tvang blandt de ulike helseforetakene og helseregionene.

Samtidig som en høy grad av anvendt tvang kan være et resultat av en uheldig kultur i behandlingsinstitusjonen, kan man også se en markant liten grad av anvendt tvang som det samme. Det kan medføre at pasienter som har behov for hjelp ikke får den behandlingen som kan være nødvendig i en kritisk situasjon. Et for lite omfang av tvangsbruk kan være et resultat av

dårlig ressurstilgang eller kompetansetilstrømming og slik vitne om for dårlig utbygde tjenester. Dette er en annen side av rettssikkerhetproblematikken som knytter seg til psykisk helsevern, hvorvidt man får tilgang til tjenester man har behov for.

For å imøtekomme de funn som ble gjort blandt annet gjennom denne SINTEF-rapporten har Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utviklet en tiltaksplan for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern, som nevnt tidligere. I forordet til denne tiltaksplanen skriver direktør Bjørn-Inge Larsen i Sosial- og helsedirektoratet;

”Den foreliggende tiltaksplanen fokuserer på frivillighet i behandlingen som et sentralt prinsipp. Samtidig erkjennes det at det i enkelte tilfeller vil være både nødvendig og riktig å anvende tvang, både av hensyn til pasienten selv og omgivelsene. Når bruk av tvang er nødvendig skal imidlertid denne utøves i overensstemmelse med gjeldene lover og forskrifter, og på en slik måte at pasientenes rettssikkerhet ivaretas.” (Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, 2006, s.1).

En slik tiltaksplan vil kunne være med og påvirke fagmiljøene til en økt diskusjon om bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. Dette kan muligens bidra til å jevne ut de forskjellene som eksisterer mellom de ulike helseforetakene og helseregionene ved at temaet blir gjenstand for debatt og de ulike fagmiljøenes holdninger blir satt på prøve. Hvis det er slik at det eksisterer ulike behandlingskulturer som preger institusjonenes håndhevelse av regelverket så vil nok en økt åpenhet om temaet være fruktbart.

I tillegg til å stimulere til økt faglig diskusjon rundt temaet tvang, søker man å øke kunnskapen og kompetansen gjennom en utvidet kursvirksomhet og mer forskning. Tanken bak er at økt kompetanse vil bidra til å kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern.

## **6 Kontrollkommisjonenes rammebetingelser**



Georg Høyer påpekte i sin tid i sin gjennomgang av kontrollkommisjonene i psykisk helesvern at disse ikke fylte sin oppgave som rettssikkerhetsinstans i stor nok grad (Høyer, 1986). Han pekte særlig på kommisjonenes store arbeidsbelastning, deres svake kompetanse i psykiatriske spørsmål og den ulike praksis som hadde utviklet seg i ulike kommisjoner, som momenter som gjorde kommisjonene mindre i stand til å være de rettssikkerhetsinstansene de var ment å være. I lys av den informasjonen man i dag har om kontrollkommisjonenes virke kunne det derfor være interessant å se hvorvidt det har forekommet en endring i vektleggingen av disse momentenes negative virkning på kommisjonens arbeide.

## 6.1 Arbeidsbelastning

I evalueringsrapporten kom det fram at de fleste kommisjonene ikke anså sin arbeidsbelastning som like omfattende som det Høyer omtaler i sin undersøkelse (Evalueringsrapporten, 2005). I hovedsak uttalte både kommisjonene generelt og kommisjonslederne spesielt at belastningen var passe. I intervjuene med representanter fra bruker- og fagorganisasjonene ble det tegnet et noe mer nyansert bilde. Representanten for LPP uttalte;

”Jeg har ikke inntrykk av at det er en for stor arbeidsbelastning i kommisjonene. De fleste jeg har snakket med beskriver det som en grei jobb. Men selvfølgelig, dette varierer jo stort fra kommisjon til kommisjon. Og noen kommisjoner har jo mer å gjøre enn andre. Men særlig tidspress er de nok ikke under, selv om det er mye arbeid og mye møtevirksomhet.”

Denne representanten hadde gjennom tilbakemeldinger fra pårørende som virket som kommisjonsmedlemmer, dannet seg et bilde av en moderat arbeidsbelastning for kommisjonene. Hun kjente til at enkelte kommisjoner nok hadde mer å gjøre enn andre og påpekte at det var store forskjeller mellom kommisjonene, men at det generelle inntrykket var at kommisjonene hadde mulighet til å gjøre jobben på en tilfredsstillende måte.

Representanten fra Mental Helse, som selv virket i en kontrollkommisjon, hadde et litt annet inntrykk;

”Noen kommisjoner har mye arbeid, særlig de som er tilknyttet de stor institusjonene og som må forholde seg til de akutte tvangsinnleggelsene. De har for mange pasienter å passe på. Spesielt blir det mye arbeid når det er behov for tolk under samtaler med pasienten, det er veldig tidkrevende. I noen områder burde det nok vært flere kommisjoner

slik at ikke belastningen blir så stor på dem som fungerer der. Men det er store forskjeller altså. Noen kommisjoner har nok mindre å gjøre, og det er i grunn også litt avhengig av hvor aktive kommisjonene er selv til å ta tak i saker. Jeg har sånn sett vært heldig med de kommisjonene jeg har sittet i, vi har alltid jobbet veldig aktivt.”

Denne representanten hadde selv mange års erfaring som kommisjonsmedlem, der hun hadde virket i flere ulike kommisjoner. Hun hadde ved egen erfaring ikke opplevd en for stor arbeidsbelastning, men kjente til tilfeller der andre kommisjoner nok hadde for mye å gjøre. Hun var bekymret over at dette i siste rekke kunne gå ut over pasientene og mente at det for enkelte områder nok burde opprettes flere kommisjoner, slik at arbeidsmengden ble fordelt på flere.

I evalueringsrapporten ble det fra enkelte kommisjoner påpekt at en liten arbeidsmengde med få eller ingen klagesaker ga liten mulighet til å opparbeide seg en kompetanse i kommisjonsarbeidet. Da kommisjonene er spredt vidt geografisk utover Norge, vil de nødvendigvis også måtte få en ulik arbeidsbelastning, og således kan enkelte kommisjoner utvikle mindre erfaring gjennom sitt arbeide enn de som har en større arbeidsbelastning. De ulike kommisjonene har også en ujevn fordeling av hvilke typer av saker de i hovedsak behandler oftest. Således utvikles det derfor ulik kompetanse mellom de ulike kommisjonene.

Dette var også momenter som kom til uttrykk gjennom intervjuene med representantene. Det ble særlig lagt vekt på viktigheten av et bredere faglig fellesskap, der man i større grad kunne overføre kunnskap mellom kommisjonene. Den årlige Kontrollkommisjons-konferansen i regi av Sosial- og helsedirektoratet ble trukket fram som et særlig nyttig redskap i så måte. Her kan kommisjonsmedlemmer fra hele landet komme sammen og høste av hverandres erfaringer, og samtidig utvikle kunnskap om aktuelle endringer eller forhold gjennom foredrag og samtaler. Fra den ene representanten ble denne konferansen omtalt som ”helt nødvendig” for å vedlikeholde det faglige nivået i kommisjonene. Slike konferanser og faglige møter vil nok kun til en viss grad jevne ut de forskjellene man ser i kompetansenivå mellom kommisjonene som denne ulike arbeidsbyrden medfører. I hovedsak utvikler kommisjonene sin kompetanse gjennom erfaring, og slik sett vil det nok i fremtiden også være et ujent kompetansenivå mellom kommisjonene. Selv om det fra kommisjonenes side ble beskrevet en passende arbeidsbelastning, ble det i evalueringsrapporten imidlertid også påpekt at innføringen av psykisk helsevernloven hadde medført en betydelig mengde merarbeid og at dette for enkelte av kommisjonene gikk ut over deres kapasitet til å drive velferdskontroll. Det økte rettighetsvernet i psykisk helsevernloven

stiller strenge krav til saksbehandling, og gir således kommisjonene mer arbeid i form av formelle krav. I evalueringsrapporten oppga flere av kommisjonene at de måtte bruke mye lenger tid på hver sak de behandlet, da det nye regleverket krevde mer papirarbeid fra kommisjonene enn det som var nødvendig under den gamle loven.

Representantene for bruker- og fagorganisasjonene påpekte også denne tendensen. Flere av representantene bemerket at det de omtalte som en ”jusifisering” av arbeidet medførte i større grad en kontroll av vedtakenes gyldighet og at dette i sin tur gikk ut over kommisjonenes mulighet til å utføre velferdskontroll. Representanten for Mental Helse uttalte;

”Slik arbeidet i enkelte kommisjoner er nå, er det redusert til en rent formell kontroll. Velferdskontrollen er en forsømt del av arbeidet kommisjonene gjør, og det er synd for det er viktig å opprettholde en kontakt og kommunikasjon med pasientene man er satt til å se etter. Man kan ikke redusere pasientene til bare å utgjøre vedtakspapirer og individuelle planer. Og velferdskontrollen kan være viktig også for å kontrollere forholdene på institusjonene. Vi har opplevd flere ganger at ved kontroll av vedtak på tvangsmidler, som vi gjennomfører mens vi er på velferdskontroll, så mangler den faglige ansvarliges underskrift. Det står bare et blankt felt. Og slik skal det jo ikke være. Og dette hadde vi jo ikke sett om vi ikke hadde kommet på velferdskontroll.”

Denne representanten har selv erfaring gjennom flere år som kontrollkommisjonsmedlem, og hun hevdet å kunne merke en nedgang i velferdskontrollen som skyldtes en økt formell arbeidsbelastning. Hun bemerket at dette er en negativ utvikling, da velferdskontrollen er et godt middel til å se med egne øyne hvordan pasientene faktisk har det ved institusjonene. Dette er viktig for pasientene men også for at kommisjonene skal utvikle bedre kunnskap om det systemet de er satt til å kontrollere. Historien om manglende underskrift ved tvangsmiddelvedtak viser viktigheten av at institusjonene blir ettersett og kontrollert, og at kommisjonene slik kan motvirke vilkårlig og ulovlig bruk av tvangsmidler. Ved slike velferdskontroller vil kommisjonene i større grad ha mulighet til gå systemet etter i sømmene og oppnå en kommunikasjon med institusjonene som kan bidra til en bedre hverdag for pasientene tilknyttet disse.

Flere av representantene vektla viktigheten av slike velferdskontroller og deres betydning for rettssikkerheten til pasientene. Men de fleste mente at denne kontrollen ble en nedprioritert del av kommisjonenes arbeid, og at det hadde forekommet en reell nedgang i tilsynshyppighet.

Representanten for Norsk Psykiatrisk Forening hadde derimot et annet inntrykk av hyppigheten av velferdskontroll;

”Jeg har flere års erfaring med kommisjonenes arbeide og derigjennom den delen av deres arbeid som omfatter velferdskontroll. I mine øyne har det skjedd en utvikling på dette feltet. Det er mye bedre nå enn for ti år siden. Kommisjonene er aktive og er ofte på tilsynsbesøk. Dette er nok i stor grad positivt for pasientene, men det kan være tilfeller der dette kan virke negativt. Jeg har selv erfart at medlemmer av en kontrollkomisjon snakket i timesvis med en psykotisk pasient, noe som gjorde tilstanden hans vesentlig verre. Problemet med disse kommisjonene er at de kun har blick for det juridiske, de mangler blick for den kliniske situasjonen disse pasientene omfattes av.”

Denne representanten er selv kliniker innenfor det psykiske helsevern og har flere års erfaring med kontrollkomisjonenes virke. Han mener å se en utvikling i retning av hyppigere velferdskontroller på de institusjonene han er tilknyttet og han ser dette som en positiv utvikling. Videre påpekte han at det er viktig og fruktbart med en god kommunikasjon og et godt samarbeid med kontrollkomisjonene. I dette tilfellet som blir beskrevet, der kommisjonens besøk medførte en forverring av en pasients tilstand, var lederen for kommisjonen ganske nylig tilsatt. For å forhindre liknende episoder i fremtiden innkalte denne representanten derfor til et fellesmøte med alle de tre kommisjonene som var tilknyttet institusjonen, slik at disse kunne ha en diskusjon seg imellom, om hvordan slike tilfeller skal håndteres. I etterkant av dette hadde han hatt positive opplevelser med kommisjonenes velferdskontroll, og han påpekte viktigheten av slike for pasientenes beste.

Som vist her er det ulike syn på hvorvidt det har forekommet en reduksjon i tilsynshyppighet eller ikke. Men ut fra de funn som kommer frem gjennom intervjuer med representanter for bruker- og fagorganisasjoner, vil man i overveiende grad kunne si at rettsliggjøringen av kommisjonenes arbeid har medført et merarbeid som har gått ut over deres evne til å drive velferdskontroll.

Det vil være nærliggende å anta at dette er noe som vil gå seg til ettersom kommisjonene får en større grad av rutine i slik dokumentasjon av saksbehandling. Særlig vil det informasjonsmateriellet som ble utviklet i etterkant av evalueringsrapporten kunne bidra til at denne formelle siden av saksbehandlingen ikke oppfattes som like belastende. De standardiserte malene og saksbehandlingsrundskrivnet vil nok bidra til å forenkle arbeidet for medlemmene i kommisjonen. Særlig vil nok dette gjelde for de av medlemmene som ikke besitter juridisk kompetanse.

### 6.1.1 Rettssikkerhetsmessige konsekvenser av en økt arbeidsbelastning

I et rettssikkerhetsperspektiv er det vesentlig at kontrollkommisjonenes vedtak viser til en konkret rettsanvendelse slik at de stilles tilgjengelige for kontroll og etterprøvbarhet. Psykisk helsevernloven stiller strengere krav enn tidligere lovgivning til at slik dokumentasjon på vedtaksprosessen skal foreligge. Dette er viktig av flere grunner. I evalueringsrapporten vises det til at en lav tilgjengelighet til avgjørelsesgrunnene i kommisjonsvedtak kan medføre en generell svekkelse av tilliten til kommisjonsordningen som rettssikkerhetsinstans da mangel på formuleringer i vedtaket kan gi inntrykk av at vedtaket ikke er basert på grundige overveielser fra kommisjonenes side. (Evalueringsrapporten, 2005, s. 69). Videre kan dette tolkes som at kommisjonene kun stadfester den faglig ansvarliges vedtak snarere enn å foreta en reell overprøving av tvangsinngrepet. For at klageren skal ha mulighet til å vurdere riktigheten av vedtaket er det vesentlig at dette grunngis på en formelt sett korrekt måte.

Et flertall av representantene for bruker- og fagorganisasjonene la også vekt på viktigheten av at klage- og vedtaksprosessen ble gjennomført på en riktig måte og at dette ville bidra til å styrke pasientenes rettsstilling i møte med det psykiske helsevern. Men flere påpekte at dette var sider ved kommisjonsarbeidet som i all hovedsak ble utført av kommisjonsleder som innehar juristkompetanse. Representanten for Mental Helse uttalte;

”Som regel fordeler vi arbeidet slik i kommisjonene at vi alle er med på diskusjonen og beslutningsfastsettelsen, men at selve utformingen av vedtaket overlates til kommisjonslederen. Det er jo de som har kompetansen og som vet hvordan man skriver disse vedtakene på en riktig måte.”

Denne representanten beskriver dermed en arbeidsdeling innenfor kommisjonene der leder som innehar juridisk kompetanse blir den som i siste hånd utformer vedtaket. Representanten følte seg likevel sikker på at disse blir grunngitt på en formelt riktig måte, da de alltid var nøye på å vektlegge dette under diskusjonen.

Man kan hevde at kvaliteten på utformingen av disse vedtakene er av en så avgjørede betydning for pasientenes mulighet til å benytte seg av sine rettigheter, at de langt overgår hensynet til kommisjonenes mulige økte arbeidsbelastning som følge av disse formelle kravene..

Duvaland viser til hvordan det bak offentlighetsprinsippet ligger en tro på at offentlighetens tilstedeværelse vil kunne fungere som en kontroll over den saksbehandling som foregår innenfor vedtaksfattende organer (Duvaland, 2002). Samtidig vil en slik tilgjengelighet kunne bidra til en kunnskapsspredning og kunnskapsutvikling innenfor feltet som utsettes for innsyn. Denne åpenheten og kunnskapen om hva som skjer innenfor de vedtaksfattende organene gir legitimitet til systemet ved at det vil kunne borge for potensielle myndighetsovergrep.

Saksbehandlingen i kontrollkommisjonene er unntatt for reglene om offentlighet med begrunnelse i taushetsplikten (ibid s. 167). Det er særlig hensynet til personvern for pasientene som gjør slik avgrensning nødvendig. Det kan imidlertid påpekes at ved en slik lukket saksbehandling som forekommer i kontrollkommisjonene, blir det vanskeligere å utvikle en ensartet praksis på tvers av kommisjonene.

Dette kom også frem gjennom intervjuene med bruker- og fagorganisasjonene, der det ble påpekt at det ulike erfaringsgrunnlaget hos kommisjonene medførte i liten grad et standardisert kunnskapstilfang, men at ulike kommisjoner til en viss grad utviklet egne kulturer for arbeidet i kommisjonene. Representanten for Mental Helse uttalte;

”Jeg har jo erfaring fra flere kommisjoner, og har jobbet sammen med forskjellig kommisjonsledere. Og det arbeidet vi gjør i kommisjonene kan til dels være ganske personavhengig, særlig med hensyn til hvem som er leder for kommisjonen. Noen ledere er meget nøye og skikkelige, mens andre igjen kan være litt mer lettvinne i forhold til hvordan de forholder seg til mandatet vårt. Det er jo ikke unormalt at konsekvensen av arbeidet vårt også bli ulik da.”

Dette som denne representanten uttrykker her har også vist seg å være et av hovedfunnene ved evalueringsrapporten av kontrollkommisjonene, at ulike kommisjoner hadde utviklet ulik praksis for saksbehandling. Duvaland skriver;

”Samfunnshensyn kan også tilsi en større åpenhet i fylkesnemndsprosessen. Sett på bakgrunn av hensynet bak offentlighetsprinsippet om at publikum skal ha en kontrollerende funksjon overfor myndighetsutøvelsen, er det et paradoks at nettopp hvor samfunnet griper inn på det sterkeste, barnevernet og psykisk helsevern, er også prosessen mest stengt for publikum. I et slikt perspektiv kan det nok ha en negativ funksjon at det er en nemnd som treffer vedtaket og ikke en domstol. Det er ikke bare prosessen som er ukjent, men også selve organet som treffer vedtaket.” (Duvaland, 2002, s. 168).

Nettopp fordi psykisk helsevern gir muligheter for så inngripende tiltak mot pasientenes autonomi og frihet, er det av avgjørende betydning at myndighetsutøvelsen gås etter i sømmene. Slik Duvaland beskriver er det et paradoks at vi nettopp innenfor dette området gjør unntak fra reglene om offentlighet. Dermed blir det enda viktigere at de organene som er satt til å kontrollere denne myndighetsutøvelsen, gjør det innenfor korrekte, formelle rammer. Dermed vil slik vedtaksfestelse kunne bli utsatt for etterprøving og derigjennom kontrollert hvorvidt det juridiske grunnlaget for tvangsinngrepet var tilstede. At slike rettssikkerhetsgarantier medfører en økt arbeidsbelastning for kommisjonene blir således et mindre viktig hensyn i denne sammenhengen.

Det som imidlertid gir grunn for bekymring er enkelte kontrollkommisjoners uttalelser om konsekvensene av arbeidsbelastningen. Slik også det fremkom gjennom intervjuene med representanter fra bruker- og fagorganisasjoner, der det ble hevdet at den store arbeidsbelastningen som disse skjerpede saksbehandlingskravene stilte, medførte en nedprioritering av velferdskontrollen. Dette er av rettssikkerhetsmessige hensyn alarmerende. I tråd med den pågående desentraliseringen av psykisk helsevern vil stadig flere pasienter være underlagt tvang utenfor institusjoner. Dette vil kreve at kontrollkommisjonene i større grad enn hva er tilfelle i dag, utvider sin velferdskontroll-virksomhet. Dette er en viktig side ved desentraliseringen som vil drøftes mer inngående nedenfor.

Når det gjelder kommisjonenes generelle aktivitetsnivå kan det virke som det har skjedd en endring siden Høyers gjennomgang på 1980-tallet. (Høyer, 1986). Han kritiserte den gangen kontrollkommisjonene for å i liten grad ta opp saker på eget initiativ, og at de således lett henfalt til en passiv posisjon i forhold til den tilsynsmyndigheten de var ment å være. Dette ble i særdeleshet grunnlagt i den store arbeidsbelastningen kommisjonene opplevde (ibid s. 72). Gjennom intervjuene med representanter for bruker- og fagorganisasjoner ble det ikke gitt uttrykk for en slik passiv posisjon. Et flertall av representantene uttalte seg positivt om aktivitetsnivået til kommisjonene. Representanten for LPP uttalte;

”Vi har et positivt bilde av den jobben som gjøres i kommisjonene. De som sitter der er flinke til å ta initiativ til å ta opp saker og de har en viktig funksjon som rettssikkerhetsinstans for pasientene.”

I tillegg viste evalueringsrapporten at over halvparten av kontrollkommisjonene hadde tatt opp saker på eget initiativ med institusjonens ledelse eller den faglig ansvarlige for vedtak. Det kan dermed hevdes at kommisjonene fremstår som relativt aktive når det gjelder å ta opp forhold som angår tvangsmiddelbruk, tvangsbehandling og andre restriktive tiltak, på eget initiativ. I tillegg svarte en tredjedel av kommisjonene at de hadde varslet Helstilsynet i fylket om alvorlige forhold ved institusjonen. Sett i forhold til Høyers kritikk av kommisjonenes passive posisjon, viser dette materialet en klar forbedring i kontrollkommisjonenes aktivitetsnivå.

## 6.2 Behandlingsvilkåret versus farevilkåret

Et særlig interessant aspekt ved evalueringen av kontrollkommisjonene er de opplysningene som kommer frem vedrørende kommisjonenes psykiatrifaglige kompetanse, og eventuelle mangler av dette. Det uttrykkes som et problem å overprøve den faglig ansvarliges vurderinger blant rundt halvparten av kommisjonene. Dette kan forklares ved kommisjonenes organisering og faglige sammensetning i møte med den kompetansen den faglige ansvarlige representerer. Fra kommisjonenes hold ble det påpekt at det særlig er overprøving av behandlingsvilkåret som utgjør et problem for kommisjonene.

Gjennom intervjuer med representanter for bruker- og fagorganisasjoner fremkom den samme bekymringen, flere så det som problematisk for kommisjonene å overprøve det medisinske skjønnnet som lå til grunn for den faglig ansvarliges vedtak, og særlig når behandlingsvilkåret var lagt til grunn for en tvangsinnleggelse. Representanten for Mental Helse sentralt uttalte;

”Behandlingsvilkåret er bundet opp til det medisinske skjønnnet og er derfor ekstra vanskelig å overprøve for kontrollkommisjonen. Vi i Mental Helse er i utgangspunktet negative til behandlingsvilkåret i seg selv, og ser helst at dette fjernes fra lovverket. Hele vilkåret faller på sin egen urimelighet da man ikke kan vise til noen dokumentert effekt av den behandlingen man tvinges til. Dette ville aldri gått innenfor somatisk medisin.”

Slik representanten her beskriver er det direkte tilknytning mellom det medisinske skjønnnet og kravene som ligger bakt inn i behandlingsvilkåret. Det stilles krav til enten en forventet bedring ved oppnådd behandling eller en forventet forverring ved fravær av slik behandling for at dette vilkåret kan legges til grunn for en tvangsinnleggelse. For kommisjonsmedlemmer som ikke er klinikere vil det være vanskelig å gjøre en kvalifisert vurdering av i hvilken grad enten bedring



eller forverring vil være reelle konsekvenser at en mulig tvangsinnleggelse eller fravær av slik. I tillegg påpeker representanten at disse vilkårene, bedring eller forverring, ikke kan dokumenteres vitenskapelig, og således kun legitimeres gjennom den faglig ansvarliges skjønnsutøvelse. På grunn av disse usikkerhetsmomentene har det lenge rast en diskusjon rundt gyldigheten av et slikt vilkår.

Representanten for Rådet for Psykisk Helse beskrev på sin side gyldigheten til behandlingsvilkåret som tvilsom;

”Problemet med behandlingsvilkåret i dag er at det har mistet fundamentet sitt. Du kan si det har blitt korrumpert av fagpersonene som bruker det på feil klinisk grunnlag. La oss ta et eksempel med en psykotisk pasient som for tredje gang legges inn til tvangsbehandling med anti-psykotisk medisin. Det er jo tydelig at det ikke har virket de to foregående gangene, så hvor finner man grunnlaget for å si at det skal gjøre det den tredje gangen? Skal behandlingsvilkåret kunne benyttes så fordrer det en annen empirisk situasjon, der man kan basere seg på et annet og snevrere klinisk skjønn. Slik behandlingskriteriet forvaltes i dag er det verken nødvendig eller tilstrekkelig.”

Også denne representanten viser til den manglende dokumentasjonen på den kvalitative behandlingseffekten av et tvangsinngrep. Han påpekte at man mangler en forskningsmessig basis for å kunne påstå at tvangsbehandling har en bedre effekt enn alternative behandlingsformer, der det kliniske skjønnnet blir stående alene som det tungtveiende argumentet for å velge et slikt inngrep. Han var allikevel ikke tilhenger av et bortfall av behandlingsvilkåret, slik flere av de andre representantene var. Men han påpekte at selve innholdet i vilkåret måtte gjennomgå en forandring, der det kliniske skjønnnet burde ta opp i seg en større grad av tradisjonell juridisk bevisvurdering, ved at man stiller større krav til en bevisbar effekt av tvangsinngrepet. Han etterlyste en større åpenhet på den medisinske arena til å tenke utenfor ”boksen” av tradisjonell medisin, og heller våge å tenke nytt både innenfor brukerstyring, medisinerer og frivillighet. Særlig etterlyste han en større grad av skepsis til bruk av tvang;

”Jeg er usikker på hvorvidt man tar nok forbehold for de negative effektene av tvang. Når man legger det kliniske skjønn til grunn for vurderingen ved et tvangsinngrep, så måler man bare i forhold til hva konsekvensene ville være hvis man ikke benytter tvang, altså forverringselementet., og regner det opp mot det forventede forbedringselementet. I liten grad legger man til den vurderingen som burde gjøres av de negative effektene av denne tvangen. Jeg tror at hvis man gjorde det, så ville man i mange tilfeller finne at frivillighet nok ville være å foretrekke. Vi kunne med fordel utvikle et klinisk skjønn som i større grad er tvangsskeptisk.”

Slik denne representanten påpeker her burde det være et vesentlig moment ved den kliniske vurderingen av nytten av en behandling, at man også regner med de eventuelle negative konsekvensene et tvangsinngrep med rot i behandlingsvilkåret kan ha. At man i liten grad gjør det i dagens kliniske praksis bidrar i hans øyne til å svekke behandlingsvilkårets legitimitet.

### 6.2.1 Operasjonalisering av farebegrepet

I *NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*, diskuteres det hvorvidt det er fruktbart å fjerne behandlingsvilkåret som selvstendig og tilstrekkelig tilleggsvilkår, slik det er i dag. Det ble da vurdert å la behandlingsvilkåret komme inn som et kumulativt vilkår, forstått som en betingelse blandt flere andre som må være oppfylt for at tvangsinnleggelse skal iverksettes. Slik vil dette vilkåret få en langt mindre fremtredende plass. Man vil da stå igjen med farevilkåret som et tilleggsvilkår til kravet om sinnlidelse. I NOUen blir det påpekt at dette er et område som kontrollorganet vil kunne utvikle en kompetanse som vil være på samme nivå som den faglig ansvarlige (NOU 1988:8, s. 67).

Det har jo rukket å gå en stund siden dette lovforslaget så lys første gang og i tiden etter har vi hatt en endring innenfor lovgivningen som omfatter særreaksjoner, der begrepet *fare* blir tatt i bruk. Tidligere benyttet man en sjelsevnediagnostikk for å avgjøre særreaksjonstiltak, enten sikring eller forvaring (Bratholm, 1980). Dette var et begrep som viste seg vanskelig å avgrense da det verken hadde medisinsk eller psykiatrifaglig begrunnelse, men var et rent juridisk begrep. Begrepet henviste til mangler i en persons intellekt eller i viljes- eller følelseslivet. Ved lovendring er nå denne særreaksjonen erstattet av et rent forvaringsinstitutt. Ved vurdering av en forvaringsstraff stilles det opp et *farevilkår* og man kan således si at man rettslig har søkt å operasjonalisere dette begrepet. Men det betyr ikke nødvendigvis at begrepet er noe lettere å håndtere innenfor den rettslige sfære enn det behandlingsbegrepet har vist seg å være for kontrollkomisjonene.

Begrepet farlighet kan ses i sammenheng med begreper som risiko og sannsynlighet, da en avveining av farlighet forutsetter en vurdering av en mulig, fremtidig handling. Gjennom å handle i forkant søker man å sikre seg mot en potensiell risiko, slik den faglig ansvarlige må gjøre en klinisk vurdering av hvorvidt en pasient vil utgjøre en fare for seg selv eller andre i

fremtiden. Problemet med slike vurderinger er at de sjelden, om aldri, kan gjøres på empirisk grunnlag alene, og vil derfor måtte avveies av en normativ vurdering av hvor mye risiko som er akseptabelt. Dette kommer til uttrykk som det medisinske skjønnets den faglig ansvarlige legger til grunn for vedtaket om tvangsinnleggelse.

Innenfor jusen behandles begrepet om farlighet i brytningsfeltet mellom kunnskap om det faktiske og rettslig argumentasjon. I særdeleshet kommer det til uttrykk ved forvaringslovgivningen der fare for gjentakelse er et tilleggsvilkår og således søkes kontinuerlig operasjonalisert gjennom juridisk terminologi. Ved vurdering av slikt farevilkår skal retten forholde seg til at dette er et rettslig vilkår og således skal dette fattes av retten selv. Men retten benytter seg i stor grad av sakkyndig ekspertise ved håndtering av slike spørsmål (Jacobsen, 2004). Selv om de sakkyndige ikke er forpliktet til å uttale seg om gjentakelsefare, så forekommer slike uttalelser relativt ofte. Denne blandingen av profesjoner har vært utsatt for sterk kritikk fra mange hold, til en viss grad også fra det psykiatriske fagmiljøet selv (Høyer, 2002). Særlig er det den kvalitative usikkerheten knyttet til det å forutsi slike farlige handlinger som ligger til grunn for kritikken. Hvis forutsigelse av farlighet er belastet med usikkerhet, vil også avgjørelsene som fattes på bakgrunn av denne forutsigelsen være belastet med en rettsusikkerhet. Dette vil kunne medføre at pasienter vil kunne bli sperret inne på falske premisser, under antakelse av at faren var fremtredende. En slik usikkerhet rundt vurderingen av farevilkåret utgjør således et rettslig problem. Dette viser at den juridiske terminologi får problemer i møte med slike begreper som farlighet og risiko.

Det er derfor grunn til å tro at det ikke blir så enkelt som de antok i NOU 1988:8 da de vurderte farevilkåret for et lettere operasjonalisert begrep enn behandlingsvilkåret.

Det har kommet kritikk mot behandlingsvilkåret fra flere hold. I et brev til departementet vedrørende Innst.O.nr. 66 (2005-2006) skriver Norsk Psykologforening;

” Mental Helse Norge har foreslått at behandlingskriteriet (tilleggs-kriterie a. i §3-3) utgår som grunnlag for tvangsinnleggelse. Norsk Psykologforening støtter dette forslaget, og anbefaler utredning og utprøving av muligheten for å ta behandlingskriteriet ut av lovverket. Hvis behandlingskriteriet skal bortfalle, vil det bli nødvendig å sette behandlingsapparatet i stand til å vurdere farekriteriet på et mer solid grunnlag enn det som ofte er tilfelle for dagens Psykisk helsevern. I dag brukes behandlingskriteriet antageligvis såpass ofte fordi det kreves

spisskompetanse å vurdere farekriteriet (både suicid og farlighet for andre). Myndighetene må sikre at Psykisk helsevern har den nødvendige kompetanse til å ivareta individer og samfunnet ved evt. fare for liv eller alvorlig skade. Alvorlig psykisk syke mennesker som er til fare for seg selv eller andre må beskyttes. Disse pasientene må også unngå å bli kriminalisert. Mental Helse Norge, Norsk Psykologforening og de aller fleste andre instanser anser at farekriteriet, sammen med hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse, bør beholdes som grunnlag for tvangsinnleggelse.” (Norsk Psykologforening, 2006).

Også her hevdes at det vil fremkomme problemer med å vurdere farevilkåret, da det krever spisskompetanse. De etterspør derfor en kompetanseheving i psykisk helsevern slik at det settes bedre i stand til å vurdere dette vilkåret på selvstendig grunnlag.

De aller fleste pasienter som tvangsinnlegges i dag, legges inn med grunnlag i behandlingskriteriet, ikke farekriteriet. Slik analysen fra SINTEF viser ble 87 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, innlagt med begrunnelse i behandlingsvilkåret. For døgnpasientene utgjør behandlingsvilkåret begrunnelsen i 95 prosent av innleggelsene, enten alene eller sammen med farevilkåret. Den samme tendensen var også et viktig funn ved Høyers undersøkelse (Høyer, 1986).

Det kan imidlertid innvendes mot denne ensidige kritikken av behandlingsvilkåret.

Representanten for LPP mente at man burde beholde behandlingskriteriet slik det fungerer i dag;

”Landsstyret i LPP har vedtatt at det ikke ønsker et bortfall av behandlingskriteriet. Slik det fungerer nå ser vi det ikke som fruktbart å fjerne det ene tilleggsvilkåret på den måten. Skal det gjøres må noe annet settes inn, man kan ikke bare bli stående igjen med farevilkåret. Vi er redd det kan fungere stigmatiserende for de som er pasienter i det psykiske helsevern, da psykiatri og fare koples sammen på en uheldig måte.”

For denne representanten var det viktig å påpeke at så lenge det ikke var snakk om å erstatte fraværet av dette vilkåret med noe annet, så ville det ikke være aktuelt for LPP å støtte en slik endring. Hun fortalte at de ventet en videre diskusjon innad i organisasjonen angående dette punktet, da de regnet med at det nok var ulike oppfatninger blandt medlemmene. Men som pårørende-organisasjon ville hensynet til de pårørende og deres nære i psykiatrien gjøre at hensynet til omdømmet for pasientene ville være av stor betydning. I så måte ville den mulige

stigmatiserende effekten som en kopling mellom psykiatri og fare ville kunne utgjøre, være et tungveiende hensyn i denne diskusjonen.

Aslak Syse viser også til at det kan bidra til en økt stigmatisering av psykisk syke ved en enda større vektlegging av farlighet slik at det dannes oppfatninger i samfunnet om psykisk syke mennesker som ”tikkende bomber”(Syse, 2006). Han påpeker videre at hvis man kun åpner for tvungent vern overfor pasienter som er til fare for seg selv eller andre, vil man kunne risikere at svært syke personer uten sykdomsinnsikt ikke får nødvendig helsehjelp fra det psykiske helsevernet. Representanten for Norsk Psykiatrisk Forening trekker dette punktet enda videre;

”Hvis det skal bli slik at man kun skal vurdere en tvangsinnleggelse ut fra vilkåret om fare for seg selv eller andre vil det kunne skape mye ulykke. Farekriteriet i seg selv rommer ikke nok og man vil bli stilt i den ulykkelige situasjon at mange nok vil bli lagt inn altfor sent. Dette vil bidra til å gjøre psykiatrien mer krisepreget, der man i mindre grad vil gjøres i stand til å komme inn med hjelp på et tidlig stadium i sykdommen.”

Denne representanten hevdet at et fravær av et behandlingsvilkår ville ramme pasientene i det psykiske helsevern, ved at terskelen for å komme inn under behandling ville bli for høy. Ved kun å stille krav til fare ville man i første rekke ramme de pasientene som trenger behandling uten å utgjøre noen fare for seg selv eller andre. I andre rekke ville man risikere at når pasientene først kom under dette farevilkåret så ville det være sent i sykdomsutviklingen, og således gjøre behandlingssituasjonen vanskeligere. Dette er mulige konsekvenser som ikke ble vektlagt i særlig grad av de andre representantene.

Representanten for Norsk Psykiatrisk Forening antok imidlertid at en slik endring i tvangsvilkårene kunne gjøre jobben til kontrollkommisjonene lettere;

”Det er viktig at man løpende vurderer de vilkårene man har for tvang i psykiatrien, også behandlingsvilkåret. Dette er jo et særlig krevende vilkår å vurdere for ikke-klinikere da dette baserer seg i hovedsak på medisinsk skjønn. Konsekvensen av et bortfall av dette vilkåret vil formodentlig være at kontrollkommisjonene ville få en faglig enklere vurdering. Fare er således enklere å dokumentere og vurdere, rent juridisk. Jusen opererer jo mer i et landskap av enten – eller, den er slik sett mer digital, mens det kliniske skjønn må sies å være analogt.”

Slik det nevnes tidligere har man innenfor jusen i større grad operasjonalisert begrepet fare, og man vil således kunne hevde, slik det gjøres av denne representanten, at kommisjonene vil være

bedre rustet når det gjelder å vurdere et slikt farevilkår. Nå kan det imidlertid innvendes at det er en forenkling å hevde at en vurdering av fare er en vurdering av enten – eller. Det er nok rimelig å anta at også denne vurderingen i stor grad avhenger av en skjønnsavveining. Det vesentlige her er at skjønnets så måte ikke er bundet opp til det strengt kliniske, men kan trekke veksler på ulike faggrener. Dette vil dermed styrke kontrollkommisjonenes posisjon overfor den faglig ansvarlige, da vilkåret ikke lenger er strengt bundet opp til dennes fagdisiplin. Sett i dette perspektivet vil det være rimelig å anta at et bortfall av behandlingsvilkåret vil kunne styrke kontrollkommisjonenes mulighet til å overprøve vedtak om tvangsinnleggelse fattet av den faglig ansvarlige.

I relasjon til denne diskusjonen rundt behandlingsvilkårets fremtid fremstår mangel på psykiatrifaglig kompetanse som et av de momentene som gjør det vanskelig for kontrollkommisjonene å overprøve dette vilkåret. Det er derfor interessant å se litt nøyere på hva en mulig endring i kommisjonens sammensetning og kompetanse vil ha å si for denne problematikken. I denne sammenhengen kan profesjonsbegrepet være en nyttig innfallsvinkel.

### 6.2.2 Profesjonsbegrepet

Profesjonsbegrepet kan beskrives som et flerfoldig begrep og kan romme mange ulike forklaringsformer. I dette henseendet vil det være fruktbart å se profesjoner som ”yrker som forutsetter en eller annen form for formalisert utdanning (eller visse formelle kvalifikasjoner) som grunnlag for praktisk arbeid.” (Støkken, 2002 s. 25). Dette kan forstås som en presisering av at profesjoner får sitt yrke gjennom profesjonsutdanning, det være seg innenfor jus, medisin, arkitektur med mer. Det andre aspektet ved denne definisjonen er presiseringen av yrkestilknytningen, der profesjonsutdanningen fører frem til yrker der utdanningen er anvendbar og nyttig. Man kan videre hevde at tilknytning til slike profesjoner skaper en tilhørighet til det vitenskapsgrunnlaget som profesjonen baserer sin utdanning på. Dette kan også forstås som en verditilknytning slik Ulf Torgersen beskriver profesjonenes partiskhet og verdibasis;

”I tillegg til og i tilknytning til den begrensning som ligger i det kognitive perspektivet til de ulike profesjonene finnes det markerte verdiforskjeller mellom profesjonene. Kunnskap brukes jo til å realisere verdier, og disse verdiene er derfor institusjonalisert i profesjonene. Legeprofesjonen skal ikke bare vite hvordan kroppen fungerer, men også være orientert mot å redde liv. Juristene skal ikke bare ha kunnskap om reglene, men også være orientert mot at rettferdighet skal skje fyldest. Interessen for å realisere de ulike verdiene som profesjonene står for er dels

felles for oss alle, men kan også ha ulike typer sosial basis, og knytte profesjonen sterkere til enkelte deler av samfunnet enn til andre.” (Torgersen, 1972, s. 28).

Slik vil en tilhørighet til en spesifikk profesjon danne grunnlaget for en verditilknytning som sørger for lojalitet til profesjonen og dens kunnskapsgrunnlag, også forstått som profesjonenes ideologiske forankring.

I møtet mellom to profesjoner som jus og medisin vil således konkurrerende verdier og vitenskapsgrunnlag stå opp mot hverandre. Her er det viktig å presisere at verken verdiene eller kunnskapsgrunnlaget nødvendigvis trenger å være direkte konkurrerende, ved flere anledninger kan de både utfylle hverandre og bygge videre på hverandre, da det ikke er slik at alle profesjoner fungerer i en evig konflikt med profesjonene rundt.

Vilhelm Aubert viser hvordan to slike konkurrerende normsystemer forsøker å løse de samme problemer innen for samme områder av straffe- og sosialretten (Aubert, 1965). Han viser til at de er begge ulike både hva vitensgrunnlag, siktemål og oppgaver angår, likevel søker de å regulere innenfor det samme området. Dette fører til en konkurranse eller kollisjon mellom to prinsipielt forskjellige normsystemer. Han skriver;

”The lawyer’s way of handling a human problem is typically nonscientific and consists in a very specialized answer to specific acts. The therapist’s way of handling a human problem attempts to be scientific and consists ideally in a broadly responsible answer to the situation of a total personality.” (Aubert, 1965, s. 58).

Med dette mener Aubert at disse to normsystemene opererer på helt ulike grunnlag når de står stilt overfor et sosialt problem. Han skriver videre at det oppstår spenninger når disse to systemene skal operere innenfor samme område og rette seg mot det samme kasus. I møtet mellom disse to profesjonene må de legge til side vesentlige deler ved sitt profesjonsgrunnlag og opptre i hverandres roller. Dermed er den profesjonelle tvunget til å svikte deler av sitt normgrunnlag eller inngå i kompromiss med den konkurrerende profesjonen. Han viser til at denne typen kompromisser forekommer der de to normsystemene er satt til å samarbeide, innenfor en rekke sosiale områder som behandling av sinnssyke, hjemløse, alkoholikere, ungdomsforbrytere, utilregnelige lovbrøyttere og steriliseringslovgivning (Ibid s. 75).

Dette kan ses i en videre relasjon til den juridiske håndteringen av behandlingsvilkåret i psykisk helsevern. Som nevnt tidligere finner kontrollkommisjonene det vanskelig å overprøve den

faglige ansvarlige ved institusjonen. Sett i lys av Auberts artikkel kan man se kommisjonen og legen som representanter for to konkurrerende normsystemer som forsøker å operere innenfor samme område, det psykisk helsevernet. I dette samspillet må begge profesjonene tilpasse seg hverandre. Den medisinske profesjonen må innordne seg vilkårene som hjemler tvangsinngrep og som er basert på juridisk terminologi, mens den juridiske profesjonen må forsøke å forholde seg til medisinske begreper og forståelsesrammer i det diagnostiske språket som ligger til grunn for vilkåret.

De ulike representantene for bruker- og fagorganisasjonene hadde forskjellige erfaringer med hvordan samarbeidet mellom disse to profesjonene forløp. De fleste hevdet de ikke opplevde konkrete profesjonsstridigheter, men at det var tydelig at legen og juristen kom fra ulike fagdisipliner. Stort sett fremkom et bilde av et dynamisk samarbeid, der de to profesjonene og deres to ulike normsystemer gjensidig utfylte hverandre.

Representanten for Mental Helse hevdet imidlertid;

”Det har vært episoder der det har vært tydelig at det står mellom ulike profesjoner i arbeidet med kontrollkommisjonen. Som regel var det en god dynamikk, men enkelte leger kunne være temmelig bedrevitende og i liten grad være villig til å måtte forholde seg til den juridiske argumentasjonen. Erfaringsmessig har det også vært tilfeller av litt for tette bånd mellom legemedlemmet i kommisjonen og sykehuset. Når det gjelder den juridiske representanten i kommisjonen så har jeg sittet i mange kommisjoner og dermed sittet med mange ulike ledere. Og jeg må si jeg i grunn trives best med en dommer enn en advokat som leder. Det er vanskelig å forklare riktig hvorfor, men jeg synes dommerene som regel gjør en mer skikkelig jobb.”

Denne representanten har flere års erfaring med forskjellige kommisjoner, og kunne derfor vise til flere sider ved møtet mellom de ulike profesjonene jus og medisin. Hun opplevde at kommisjonene i stor grad fungerte godt men at det til tider kunne være utfordrende med profesjonsståstedet til det lege-kyndige medlemmet, da denne i liten grad var villig til å diskutere grunnlag og avgjørelser. Dette er i så fall uheldig da kommisjonens funksjon er avhengig av at alle deltakerene i kommisjonene skal delta i diskusjon og avgjørelser, ikke kun de sakkyndige. Særlig er det viktig at legemedlemmene kommer til orde, da deres deltakelse er vesentlig for det legitime grunnlaget for kommisjonene. Dette vil drøftes mer inngående nedenfor.

Et annet interessant aspekt ved denne representantens uttalelse er favoriseringen av en jurist med dommererfaring fremfor en advokat. Hun fortalte videre at hun hadde opplevd at advokatene med



lederfunksjon i større grad var opptatt av pengene de tjente på slike verv, og at de i utstrakt grad benyttet seg av nettverk de hadde etablert gjennom sin advokatpraksis. Hun hadde i ett tilfelle opplevd at da en advokat sluttet i vervet som kommisjonsleder, så forsvant alle bistandsadvokatene de hadde benyttet for pasientene. De var tydeligvis tilknyttet denne advokaten i et slags nettverk, og fulgte med ham videre i neste verv. Denne representanten opplevde dette som en litt grumsete ordning, som skurret med generelle rettssikkerhetsbetraktninger. Ingen av de andre representantene fortalte om liknende ordninger, og det er derfor vanskelig å treffe noen slutning om hvorvidt slike nettverk er utbredt eller ikke. Men det kan gi et tegnende bilde av den profesjonslojaliteten som kan oppstå innenfor et eget segment slik som i juristers arbeide innenfor psykisk helsevern, og det kan nok stilles spørsmål ved hvorvidt en utbredt slik lojalitet er til det beste for pasientene. Representanten for Norsk Psykiatrisk Forening opplevde at det til tider kunne være vanskelig å samarbeide på tvers av profesjonene;

”Kontrollkommisjonene kan til tider være for juridiske. Jeg anser det som et problem at de i liten grad besitter kompetanse med klinisk erfaring og bakgrunn. De kan i for stor grad være opptatt av paragrafer og vedtekter og helt miste evnen til en helhetsvurdering. Man må ha blikk for den kliniske situasjon hvis man skal forstå de komplekse strukturene som gjør seg gjeldende innenfor psykiatrien. Særlig gjelder dette forhold som er av avgjørende betydning for pasientenes velferd. Vi har opplevd tilfeller der kontrollkommisjonen har overprøvd klinikerene, med det resultat at pasienten har blitt skrevet ut for tidlig før man hadde rukket å legge til rette for et skikkelig botilbud. Kontrollkommisjonene har ikke oversikt over hvilke forhold slike pasienter kommer ut til, og i dette tilfellet endte pasienten opp på hospits med et belastende rusmiljø. Den juridiske forståelsen gir få muligheter til å forstå det kliniske fagfeltet.”

Denne representanten påpeker problemer som gjør seg gjeldende når en profesjon skal kontrollere og virke innenfor en annen. I dette tilfellet vil en juridisk forståelse av en klinisk situasjon ikke nødvendigvis være fruktbar i forhold til å frembringe den informasjonen som er nødvendig for å fatte en kvalitativt god beslutning for pasienten. Han understreker at for at denne kontrollen skal virke på en best mulig måte burde man i større grad bedrive opplæring av de ikke-kliniske medlemmene av kommisjonen. Han sier videre at han ser nødvendigheten og verdien av en økt rettsliggjøring av det psykiske helsevern, men at dette ikke må gå på bekostning av den

kliniske kvaliteten for pasientene. Han fortalte videre om en episode som gir et godt bilde på det ulike forståelsesgrunnlaget som preger de to profesjonene;

”Vi hadde en episode der en kontrollkommisjonsavgjørelse var blitt klaget videre og skulle opp for tingretten.

Problemet her er jo at det er den samme uvitenheten i forhold til kliniske forhold som preger prosessen der. Da pasienten skulle forklare seg for Tingrettsdommeren, ble det for mye for ham og han uttrykte at han kjente at han var på vei til å bli psykotisk og at han ville tilbake til sykehuset. Tingrettsdommeren hadde ingen forståelse for hva dette innebar, og repliserte derfor bare med en henvisning til at det var femten minutter igjen til lunsj.”

Denne lille anekdoten gir et rimelig godt bilde på hvordan profesjonstilhørighet og dertil tilhørende normsystemer gir ulike forståelsesrammer for de involverte parter. Tingrettsdommeren hadde ingen forutsetninger for å vite at dette var en situasjon som måtte håndteres hurtig og klinisk, og klinikerer vektlegger en håndtering av en akutt psykose som viktigere enn en ferdigstilling av rettsmøtet. I denne situasjonen kan man hevde at normsystemene fungerte konflikterende, snarere enn supplerende.

Slik kommisjonene er satt sammen er det kun ett av medlemmene som er jurist av profesjon, likevel er hele kommisjonen satt til å håndheve og kontrollere det rettslige grunnlaget for tvangsinngrep i psykisk helsevern. Dermed vil en stor del av det juridiske arbeidet i kommisjonene utføres av ikke-jurister. Andenæs beskriver hvordan ikke-jurister i stor grad preger rettsanvendelsen innenfor helse- og sosialsektoren. Han skriver;

”The expansion of legislation and the development of Western societies have reduced the relative role of courts and lawyers in the legal system, and led to an expansion of legal practice in other groups, among them, professionals in the social policy system. While legislation earlier could be described largely as the realm of the courts and the lawyers, such a description no longer fits the facts.” (Andenæs, 1989, s. 263).

Som nevnt tidligere vil ikke-jurister i liten grad være kjent med den juridiske metoden og Andenæs ser det som sannsynlig at dette vil måtte få konsekvenser for praktiseringen av rettsreglene (Andenæs, 1985). Han påpeker at dette medfører en manglende kunnskap om rettsregler og det juridiske systemer blant dem som er satt til å håndheve det. Samtidig hevder han at det blir for enkelt å kun se medisin og jus som to konkurrerende systemer. Isteden ser han retten som en del av sosiale eller medisinske tiltak og argumenterer for å se retten som et positivt

bidrag innenfor det sosialfaglige området. Særlig viser han til at de grunnleggende verdier er de samme innenfor begge områdene, så som rettferdighet, verdighet, frihet med mer (Andenæs, 1989, s. 270). I relasjon til kontrollkommisjonene vil de i en stor grad utvikle sin juridiske kompetanse i samråd med kommisjonslederen, da denne er jurist av profesjon. Det vil derfor ikke være snakk om at beslutninger fattes uten juridisk kompetanse i kommisjonene. Men for de enkelte medlemmene vil de måtte fungere som ikke-jurister i et juridisk landskap.

Slik Andenæs beskriver utviklingen kan man hevde at det i større grad er ikke-jurister som opererer på et rettslig område, enn det er jurister som opererer innenfor det medisinske området. Slik har jusen til en viss grad blitt relativisert gjennom at flere utenfor profesjonen trer inn på dens domene.

I Kompetansesenterets prosjektrapport ble de faglig ansvarlige bedt om å uttale seg om hovedaspektene ved den nye psykisk helsevernloven og særlig da økt bruk av vedtak, økte dokumentasjonskrav og økt klagerett for pasientene (Kompetansesenterets prosjektrapport, 2005). Denne utviklingen har gjort at de faglig ansvarlige i større grad enn før må forholde seg til den formelle siden av tvungent psykisk helsevern. En av de faglige ansvarlige kaller dette for en ”jusifisering” av den kliniske virksomheten og beskriver det som arbeidsmessig tyngende. Men han påpeker samtidig at det å måtte forholde seg til den juridiske terminologien fungerer skjerpene og disiplinerende og bidrar til å sikre større legitimitet bak vedtaket (ibid s. 21). Slik kan man se hvordan ikke-jurister i større grad opererer på et juridisk grunnlag og benytter seg av juridisk terminologi i utøvelsen av sin profesjon. Psykisk helsevernloven har i stor grad bidratt til å pålegge den medisinske profesjonen å måtte operere innenfor en profesjonsrasjonalitet som ikke er en del av deres egen profesjon.

Medisin derimot fremstår i sterkere grad som spesialistområde, der det ville være utenkelig for lekmenn eller deltakere i andre profesjoner å operere.

Dette gjør behandlingen av de medisinske begrepene innen psykisk helsevern vanskelig for kontrollkommisjonene å håndtere da dette er begreper dannet gjennom den medisinske profesjonsrasjonaliteten.

### 6.3 Kompetanseheving

Gjennom evalueringen av kontrollkommisjonene ble det tydelig at kommisjonene har en utfordring i forhold til sin sammensetning og kompetanse. Særlig i forhold til å overprøve det

medisinske skjønnnet viste tilbakemeldingene at kommisjonene fremstår med for liten kompetanse i medisinske spørsmål. Det ble derfor påpekt fra direktoratets side at det kunne være aktuelt med en endring av sammensetningen slik at kommisjonene får spesialistkompetanse (Evalueringsrapporten 2005 s, 100).

### 6.3.1 Tette faglige bånd

Gjennom intervjuene med representanter for bruker- og fagorganisasjoner kom det fram ulike syn på dette. Representanten for Mental Helse uttalte;

”I utgangspunktet ser jeg ingenting galt med at man kan kreve spesialistkompetanse fra legemedlemmet. Jeg har selv erfaring med spesialister som lege-kyndig medlem og har ikke erfart noen negative konsekvenser av dette. Imidlertid kan jeg se at dette kan muligens utvikle seg negativt da psykiaterene er et særdeles innvevd miljø. De er en liten faglig enhet og slikt må jo skape et særegent miljø. Hvorvidt dette gjør at de fungerer dårligere som kommisjonsledere er jeg ikke rette til å uttale meg om, men ser absolutt at det kan være problemer knyttet til dette.”

Denne representanten fortalte om en episode der hun hadde vært på en konferanse med mange psykiatere. Hun hadde blitt overrasket over den tette kontakten det var mellom dem og fikk et inntrykk av at ”alle kjenner alle”. Og det kan nok forekomme at det innenfor slike små faglige områder som dette blir en høy grad av bekjentskaper. Sett i lys av denne representantens tidligere erfaringer med at legemedlemmene til tider kunne fremstå som lojale mot sykehusene, er det forståelig at hun ser en ytterligere grad av lojalitet når det ikke bare er snakk om samme profesjon, men også samme spesialfelt.

Representanten for LPP var mer usikker på hvilke konsekvenser en slik kompetanseheving om mulig ville få;

”Det fremstår som fornuftig å øke kompetansen i kontrollkommisjonene slik at de står bedre rustet til å fungere som et overprøvingsorgan, men det er et dilemma hvorvidt man skal kreve en spesialistkompetanse. Jeg tror det kan medføre en uheldig sammensveising av interesser. Man kjenner jo til at profesjoner holder sammen, og det er viktig at vi er vare på det. Men i bunn og grunn tror jeg dette er veldig personavhengig. Men dette er noe vi i LPP ikke har tatt noen endelig avgjørelse til.”

Også denne representanten var bekymret for at en slik kompetanseheving kunne få negative konsekvenser, da hun var redd dette ville medføre en større lojalitet til systemet en var satt til å

kontrollere. Men hun var usikker på omfanget av dette og vektla at dette nok i særlig grad var personavhengig.

Representanten for Rådet for Psykisk Helse hadde en litt annen innfallsvinkel;

”Jeg ser absolutt behov for en kompetanseheving i det psykisk helsevern, men nok på en litt annen måte enn det du spør etter. Jeg tror psykiatrien ville tjene på en større grad av tverrfaglighet, og gjerne i form av spesialisering. Men da spesialisering gjennom inngående kunnskap til psykisk helsevern, der den grunnmedisinske kompetansen ikke er relevant, men snarere retter seg mot samfunnsmedisinere, spesialistsykepleiere, psykologspesialister. Dette er fullgode alternativer til det vi har i dag, men man unngår trolig den systembindingen som det tradisjonelle systemet preges av. Å innføre et krav til spesialistkompetanse innen psykiatri for legemedlemmet i kontrollkommisjonene er jeg skeptisk til. Man må heller våge å satse på tverrfaglighet, og tenke utenfor ”boksen”. Det tror jeg psykiatrien på lang sikt vil tjene på.”

Denne representanten kom med en ny innfallsvinkel til denne problemstillingen, der han åpnet opp for en rekke alternativer til en ren spesialistkompetanse. Han påpekte at et slikt perspektiv nok i større grad vil tjene pasientene i psykisk helsevern, da det vil kunne bidra til et alternativ til den fryktede lojalitetskonflikten. Praktikere med annen bakgrunn enn den rent medisinske ville kunne medføre en større grad av brukerperspektiv i møte med den faglig ansvarlige, enn det en spesialist ville være i stand til. Dette ville i så fall gjøre kommisjonene mer lydhøre for pasientenes historier.

For representanten for Norsk Psykiatrisk Forening var det erfaringen som var tellende;

”Jeg har erfaring fra arbeid både med spesialist og ikke-spesialist og jeg må si det ikke utgjorde den store forskjellen. I mine øyne er det den kliniske erfaringen som avgjør om det lege-kyndige medlemmet i kommisjonen er kompetent eller ikke, og således blir det avhengig av den enkeltes skikkethet snarere enn dens formelle kompetanse.”

Som vi ser her trekker denne representanten fram behovet for klinisk erfaring som et viktig moment ved kvaliteten på det lege-kyndige medlemmet i kommisjonen. I så måte er hans vektlegging av erfaring innenfor samme perspektiv som representanten for Rådet for Psykisk Helse presenterte, der den praktiske erfaringen skulle i større grad bli lagt vekt på. Samtidig skiller de lag ved kravet til den formelle kompetansen, der sistnevnte ikke så det som formålstjenlig å fravike den grunnmedisinske kompetanse.

### 6.3.2 En styrket overprøvingsmyndighet

I sin bok *Overgrep. Søkelys på psykiatrien* lar Gro Hillestad Thune pasienter og pårørendes skjebnemøte med psykiatrien komme til orde, før hun kommenterer dem i lys av menneskerettighetene (Thune, 2008). I et avsnitt lar hun Johanna fortelle om sine erfaringer med kontrollkommisjonen;

”Noe annet jeg mener er feil med kontrollkommisjonen, er at ingen av medlemmene er psykiater. Slik systemet er nå, blir en legespesialist vurdert av en annen fagperson på et lavere faglig nivå. Det er jo som om den faglige kvalitet på en tunnel bygget av en veiingeniør skulle kontrolleres av personer som ikke har mer enn teknisk fagskole.”(Thune, 2008, s. 135).

Thune hevder i sin kommentar at Johanna påpeker viktige svakheter ved pasientenes rettssikkerhet. Hun skriver;

”Når det er snakk om å treffe en beslutning om frihetsberøvelse, bestemmer artikkel 5 i EMK at prosedyren må være slik at personer ikke utsettes for vilkårlighet. En annen måte å si dette på er at pasienten skal ha et vern mot en beslutning om tvangsinnleggelse som i realiteten er urimelig. Når innleggende lege har høyere formell kompetanse enn dem som skal overprøve henne, og hennes syn på saken ikke kan utfordres av en annen fagperson på samme nivå, er det grunn til å spørre om pasientene egentlig er sikret god nok beskyttelse mot vilkårlig frihetsberøvelse (arbitrary detention). CPT, Europarådets torturkomite, har anbefalt at norske myndigheter sørger for at minst ett medlem av alle kontrollkommisjoner er spesialist i psykiatri uten tilknytning til den aktuelle institusjon, jf. Rapport datert 11 april 2006), s.56 (CPT/Inf (2006) 14). Komiteen er med andre ord enige med Johanna i at dagens ordning ikke gir henne godt nok rettsvern.”(ibid, s. 134-135).

Det Thune peker på her er viktige sider ved kontrollkommisjonenes mulighet til å fungere som reelle rettssikkerhetsinstanser. Slik også evalueringsrapporten viste er kommisjonene i liten grad i stand til å overprøve det medisinske skjønnets til den faglig ansvarlige, da denne har en høyere formell kompetanse enn legemedlemmet i kommisjonen. Dette kan sies å svekke kommisjonenes reelle overprøvingsmulighet.

Blandt representantene for bruker- og fagorganisasjonene var dette momentet lite vektlagt. I den grad flere av dem hadde en holdning til et slikt spesialistkrav, var det med en negativ forventning til et lojalitetsbånd med institusjonen.

Ved direkte spørsmål, om de så kompetanseheving som et middel til å styrke kommisjonenes overprøvingsmulighet, viste det seg at flere ga uttrykk for at de mente det nok ville få en slik effekt og det ville være en positiv utvikling.

Representanten for Rådet for Psykisk Helse hadde imidlertid en innvending;

”Jeg mener at man i større grad enn en overprøving av behandlingsvilkåret, burde sette fokus på overprøving av kravet til frivillighet. Hvordan prøver man frivillighet? Hvordan beviser behandlende institusjon at frivillighet er prøvd. Her ligger mye av essensen til de høye tvangstallene vi har i Norge. Jeg tror at hvis man går dette etter i sømmene vil man finne at frivillighet sjelden er forsøkt så omfattende som det kan gjøres. Og i denne sammenhengen vil en overprøving av kravet til frivillighet utgjøre i større grad en realvurdering enn det man er i stand til i dag.”

Etter loven skal frivillig psykisk helsevern være forsøkt før et vedtak på tvungen psykisk helsevern kan iverksettes, det kan imidlertid ses bort fra dette hvis det er åpenbart formålsløst å prøve dette. Slik representanten for Rådet for Psykisk Helse påpeker vil man gjennom en overprøving av dette vilkåret kunne kjenne et tvangsvedtak ugyldig, selv om man ikke har kompetanse til å overprøve den faglige ansvarliges vedtak på basis av behandlingskriteriet. Dette er en interessant innfallsvinkel og vil nok i noen sammenhenger kunne bidra til en styrket overprøvingsfunksjon for kommisjonene. Samtidig vil nok det medisinske skjønnets som legges til grunn for et vedtak som tar utgangspunkt i at frivillighet er åpenbart formålsløs, være vanskelig å overprøve uten en lik formell kompetanse.

Men slik representanten påpeker burde man nok i mye større grad forsøke å overprøve kravene til frivillighetsvilkåret, slik at det utvikles en økt kunnskap på området. Kravet til forsøkt frivillighet er i utgangspunktet absolutt, men gjennom intervjuene med representantene for bruker- og fagorganisasjonene kom det frem en litt annen side av saken. Representanten for Mental Helse uttalte seg slik;

”Etter de siste lovendringene har mengden kontroll som kommisjonene skal utføre blitt mer, men det er ingen som kvalitetssikrer vår kontroll igjen. I mine øyne strekker kontrollkommisjonene seg langt for å forsvare sykehusene, særlig i forhold til frivillighetsvilkåret. Dette lar kommisjonene som regel passere, så lenge faglig ansvarlige gjør rede for det. For i hvilken grad skal vi kunne overprøve om frivillighet er prøvd? Vi har jo bare dokumentene å forholde oss til, og til en viss grad pasienten selv.”

Slik denne representanten påpeker er det et langt stykke å gå når det gjelder kommisjonenes overprøvingsmyndighet i relasjon til frivillighetsvilkåret. Hennes utsagn om at kommisjonene strekker seg langt for å imøtekomme sykehusene viser sider ved kommisjonenes arbeid som nok kan sies å ikke være etter loven og forskriftenes krav til uavhengig saksbehandling. Det kan derfor synes viktig at en vektlegger en streng fortolkning av frivillighetsvilkåret, slik at man i større grad kan forhindre vilkårlige tvangsinngrep innenfor det psykiske helsevern.

Likevel vil man kunne anta at man i en slik overprøvingssituasjon som dette vil stille vesentlig sterkere hvis man har en formell kompetanse i kommisjonen som er på samme nivå som den faglig ansvarlige. I etterkant av evalueringsrapporten ble det igangsatt et arbeid med en vurdering av en slik kompetanseheving, og det blir spennende å se hvilke tiltak direktoratet faller ned på. Representanten for Mental Helse sentralt var mer usikker på hva en slik kompetanseheving ville ha å si for pasientene i det psykiske helsevern og kunne heller ikke vise til hva Mental Helse som organisasjon mente på dette punktet. Heller enn å vektlegge kompetansen til ett enkelt medlem så hun det som viktig å fokusere på det generelle samarbeidsklimaet i kommisjonene, der alle medlemmene ble sikret en jevnbyrdig stilling. Dette er et sentralt tema ved en vurdering av kommisjonenes virke og vil diskuteres nedenfor.

#### 6.4 Kommisjonenes sammensetning

Kontrollkommisjonene i psykisk helsevern er sammensatt av fire personer som er oppnevnt for fire år av gangen. Kommisjonen ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer. Den andre sakkyndige er lege, men det stilles som nevnt ikke krav til spesialistkompetanse. De øvrige medlemmene er legmedlemmer der minst ett av dem må ha hatt erfaring med psykisk helsevern som pasient, pårørende eller som representant for pasientinteresser enten i stilling eller i verv.

Gjennom intervjuene med representanter for bruker- og fagorganisasjoner ble sammensetningen av kommisjonen i all hovedsak omtalt som god. Representanten for LPP uttalte;



”Sammensetningen i kommisjonene er vi i LPP veldig fornøyd med, særlig det at det er to legrepresentanter av totalt fire medlemmer. Vi har kjempet i mange år for å få en slik representasjon og ser det som viktig for rettssikkerheten at man har en stor grad av brukerrepresentasjon i slike organer.”

Også representanten for Mental Helse sentralt uttrykte samme tilfredshet;

”Det er viktig at vi har medlemmer som deltar i slike verv og kan bidra med sin erfaring. Den erfaringen som brukere og pårørende har er uvurdelig og er viktig å kommunisere inn i systemet.”

Den kunnskap disse legmedlemmene kan ta med inn i arbeidet i kommisjonen, er kunnskap som ikke kan læres noe annet sted enn ved egen erfaring. Ved at de bringer denne kunnskapen inn i det formalistiske systemet et slikt forvaltningsorgan er, så bidrar det til å øke både den menneskelige og faglige kompetansen i organet. Thune skriver i avslutningen av sin bok om psykiatrien;

”I arbeidet med denne boken har jeg fått bekreftet hvor liten forskjell det er mellom ”erfaringskonsulentene” (tittel lansert av Målfrid Frahm Jensen) i psykiatrien og alle oss andre. Mange tidligere pasienter har en imponerende menneskelig innsikt og god oversikt over sitt eget sykdomsforløp, også periodene med stor forvirring. De har blikk for hva som har hjulpet, når tvang har vært nødvendig, og tanker om hvordan vanskelige situasjoner kunne vært løst på en smidigere måte.” (Thune, 2008, s. 180).

En slik erfaring som det Thune beskriver her er vesentlig for at en kommisjon ikke bare skal være et overfra-og ned-organ, men isteden et organ som makter å se pasientene bak dokumentene og som kjenner til deres behov og erfaring.

Dette er imidlertid det bildet som tegnes av en legrepresentasjon som fungerer. Gjennom intervjuer med representantene for bruker- og fagorganisasjonene ble det påpekt at det ikke alltid er like enkelt å få dette til å fungere. Representanten for Mental Helse sentralt fortalte;

”Å finne brukerrepresentanter til kontrollkommisjonene er et evig dilemma. Det er vanskelig å finne kvalifiserte medlemmer som ville passe til et slikt verv. Det er ingen enkel jobb å være brukerrepresentant i slike kommisjoner og flere rapporterer at de synes det er vanskelig å hevde sin stemme i møte med de sakkyndige. Det er vesentlig at man får på plass et samarbeidsklima der alle kan komme til orde. Derfor er det en stor fordel at det er to

legmedlemmer, slik at de ikke står alene. Men vi sliter sentralt med å få oppnevnt brukerrepresentanter som er sterke og flinke, både til vara og fast plass.”

Slik denne representanten påpeker kan det være en utfordring å finne kvalifiserte kandidater til vervene. Det kreves evne til å hevde sin stemme i diskusjon, både internt i kommisjonene, men også under selve møtevirksomheten. For at legmedlemmene skal kunne fungere optimalt må de i størst mulig grad forsøke å ikke la egne erfaringer og opplevelser stå i veien for å opptre med viss grad av profesjonalitet i rollen som kommisjonsmedlem i de situasjoner som krever det.

Representanten for LPP hadde hatt uheldige opplevelser med dette;

”Det er vesentlig at de personene som skal virke som legmedlemmer er skikket til jobben. Det krever til en viss grad en evne til objektivitet, og i særdeleshet at brukerne er ute av ”traume-faser”. Jeg har opplevd å få klager på folk som ikke fungerte. I hovedsak gjaldt det mangel på objektivitet og at de hadde problemer med å vise selvstendighet overfor andre i kontrollkommisjonen. Og det er jo uheldig at organisasjonene sender folk som ikke er skikket til slike verv.”

Det kan selvfølgelig ikke være lett å skulle vite hvordan medlemmer i organisasjonen vil kunne fungere i et slikt verv, uten at man tidligere har deltatt i slike. Dermed må man nesten regne med endel prøving og feiling, ved gjennomføringen av denne brukerrepresentasjonen i kommisjonene. Derfor ville det nok være fruktbart om det var organisasjonene selv som kunne velge ut sine representanter til vervene, og slik fungere som en kvalitetskontroll for legmedlemmene. I dag fungerer ikke systemet på denne måten. Representanten for Mental Helse sentralt forteller;

”Slik utnevnelsen er i dag, fungerer den langt fra optimalt. Jeg skjønner ikke hvorfor ikke vi som sitter på kunnskapen om våre medlemmer også kan være de som utnevner disse. Utnevnelsen burde skje direkte hos organisasjonene og ikke fra fylkesmannen. De velger noen ganger helt vilkårlig fra en liste, eller bare gjenoppnevner de som allerede sitter der. Dette burde det endres på.”

Ved at organisasjonene selv fikk utnevnesmyndighet ville man lettere kunne skaffe tilveie kompetente og engasjerte legmedlemmer. Det ville i tillegg være mulig å ha en større grad av kommunikasjon internt i kommisjonene og slik bidra til en kunnskapsutvikling på feltet. Slik ville flere brukerrepresentanter og pårørenderepresentanter kunne tilegne seg den nødvendige grad av kunnskap og selvstendighet innenfor området.

Det kan imidlertid innvendes mot dette at organisasjonene blir inhabile i en slik prosess, noe som er et vesentlig poeng. En mulig løsning på dette kan være at organisasjonene utvikler lister over representanter de anser for skikket for vervet, og at fylkesmannen foretar selve utvelgelsen.

Som en motvekt til dette noe kritiske blikket fra organisasjonene selv, kan det være på sin plass å fremheve at de to representantene som selv hadde mye erfaring fra kontrollkommisjonsarbeid, representanten for Norsk Psykiatrisk Forening og representanten for Mental Helse, fremhevet dette som gode erfaringer. Den sistnevnte mente at brukerrepresentasjon i kommisjonene bidro til en mer menneskelig dimensjon som åpnet for mer enn den rent juridiske vurderingen.

Man kan ut fra disse momentene hevde at kommisjonens sammensetning er av avgjørende betydning for i hvilken grad den er i stand til å skjøtte sin funksjoner, og at legrepresentasjon er et vesentlig aspekt ved dette. Ser man dette i sammenheng med det som er hevdet foregående om kommisjonens kompetanse kan man dermed oppsummerende si at for at kommisjonene skal kunne fungere fullt ut som de rettssikkerhetsorganene de er ment å være er det av største betydning at de besitter den rette kompetansen. Dette ble også påpekt av Høyer gjennom hans undersøkelse (Høyer, 1986). Det det imidlertid hefter større tvil ved er hvorvidt denne kompetansehevingen skal skje i form av et spesialistkrav, og slik vi har sett er bruker- og fagorganisasjonene delte i sitt syn på dette.

## 6.5 Kommisjonenes uavhengighet

Slik vi har sett kan en endring av sammensetningen bidra til å øke kommisjonenes identifikasjon med institusjonene de er satt til å kontrollere. Kommisjonenes uavhengighet er vesentlig for deres evne til å utføre en kontroll- og tilsynsoppgave overfor det psykiske helsevernet.

På samme tid har man tradisjonelt vektlagt kommisjonenes lokale tilhørighet som en styrke ved ordningen. Lars Duvaland beskriver hva som gjorde seg gjeldende da man valgte å beholde kommisjonsordningen til tross for kraftig kritikk, blant annet gjennom NOU 1988:8;

”Forslaget fikk imidlertid ikke tilslutning i departementet. Her vektla man det positive i det gjeldende systemet med nærhet til pasientene. Dette er interessant fordi det viser at valget av interorganisatorisk nivå har to sider: Ved nærhet til individet lærer man mennesket bedre å kjenne, og kanskje gjennom dette fatte riktigere avgjørelser. Ulempen er at man kan bli for godt kjent, man blir unøyaktig og ta i betraktning utenforliggende hensyn. Ved avstand til individet

er man kanskje sikret større objektivitet, men man står i fare for å kunne overse viktige faktorer i individets nærmiljø som kunne vært utnyttet i vedtaks-/konfliktløsningssituasjonen.” (Duvaland, 2002, s. 133).

Duvaland omtaler her det som med andre ord har blitt kalt kommisjonenes risiko for å bli for ”husvarme”, både i relasjon til en for tett tilknytning til institusjonen og til pasientene de møter. Gjennom velferdskontrollen kommer kommisjonene nærmere pasientene og får oppleve dem i sitt daglige virke på institusjonene.

I NOU 1988:8 ble det foreslått at kontrollutvalgene skulle benytte seg av et utvalg sakkyndige som ville bli tilkalt særskilt ved behov for deres sakkyndigekompetanse (NOU 1988:8). På denne måten ville man sikre kontrollutvalgets uavhengighet både i relasjon til institusjonen og til pasientene. Dette lovforslaget bærer preg av å komme til på samme tid som vi fikk fylkesnemndsordningen for tvangssaker etter barnevernloven.

Bente Kristin Olsen beskriver hvordan man oppnådde en større grad av uavhengighet og habilitet ved gjennomføringer av slike saker da man utviklet et sentralisert organ på fylkesnivå, fylkesnemdene (Olsen, 2002). Dette erstattet de tidligere vergerådene og senere barnevernsnemndene. Erfaringene fra disse var at slike lokale eller kommunale organer kunne bli for ”nære” og særlig på mindre steder kunne medlemmene ha kjennskap til de involverte partene. Ved å plassere beslutningsmyndigheten hos fylkesnemnda unngikk man en del av de problemene som rammet de tidligere organene. Fylkesnemndene opererer i et større geografisk område, slik at det er mindre sannsynlighet for at noen av sakens involverte parter skal ha kjennskap til hverandre. I tillegg skal ikke fylkesnemndas medlemmer ha noe med saken å gjøre før selve forhandlingsmøtet, de mottar saksdokumentene til gjennomsyn kun en time før forhandlingsmøtet. Fylkesnemnda representerer således en større uavhengighet enn det de tidligere organene gjorde. Olsen hevder videre at slike domstolsliknende saksbehandlingsregler i større grad oppfyller rettssikkerhetshensyn og bidrar dermed til en særlig betryggende saksbehandling (ibid, s. 88).

Også Duvaland ser slike domstolsliknende forvaltningsorganer som et viktig bidrag i utviklingen av rettssikkerhetsorganer i Norge. Han skriver;

”Fylkesnemndsordningen innebærer et nytt bidrag i norsk rettsutvikling når det gjelder konstruksjon av vedtaksfattende organer. Den er det seneste eksempelet på et forsøk på å kombinere to ulike tradisjoner innenfor

offentlig myndighetsutøvelse – domstolssystemet og forvaltningen – for å oppnå målet om rettsriktige avgjørelser.” (Duvaland, 2002, s. 122).

Han beskriver slike organer ved at de har kompetanse til å fatte realitetsvedtak med bindende virkning for partene, at de arbeider etter en domstolsliknende prosess og at vedtakene er av et visst omfang. Det er vesentlig at de er uavhengige og ikke er under noen overordnet organs instruksjonsmyndighet. Fylkesnemnda består i hovedsak av en fylkesnemndsleder, et sekretariat, et utvalg med sakkyndige og et utvalg legfolk. Et forhandlingsmøte settes som regel med fem medlemmer, der lederen er jurist. De resterende består av to legmedlemmer og to sakkyndige som trekkes fra et utvalg (ibid s. 136). For å bidra til en styrket opplysning og klargjøring av faktum i sakene kan andre fag enn jus trekkes inn i vedtaksprosessen i fylkesnemndene. Disse kan kalles inn i saker der det anses som nødvendig i forhold til sakenes kompleksitet eller særegne karakter. Det ligger til grunn en antakelse om at fagkunnskap øker sannsynligheten for at vedtak blir fattet på riktig grunnlag, og at det således vil styrke fylkesnemndas rolle som rettssikkerhetsgarantist. De oppnevnte sakkyndige skal fungere som objektive og partsnøytrale medlemmer av nemnda (ibid s. 140).

Denne sammensetningen som her beskrives er påfallende lik den sammensetningen som ble foreslått innført ved NOU 1988:8. Det ble her foreslått en overgang til kontrollutvalg ledet av en jurist, med et utvalg sakkyndige, et utvalg personer med pasient- eller organisasjonserfaring med psykisk helsevern, og et alminnelig medlemsutvalg oppnevnt på grunnlag av forslag fra fylkeskommunen (NOU 1988:8, s. 214). Det uttales videre at det må anses som målsettingen at det sakkyndige utvalg utgjøres av personer med høy faglig kompetanse innen psykiatri eller klinisk psykologi. Disse kontrollutvalgene skulle organiseres fylkesvis og ville slik være et brudd med den tradisjonelt lokale tilhørigheten til kontrollkommisjonene. Formålet var å sikre kontrollutvalgene deres uavhengighet og således sikre at de ikke lenger skulle bli oppfattet som ”husvarme”.

Disse innspillene til ny sammensetning og kompetansegrunnlag for kontrollkommisjonen ble ikke tatt inn i psykisk helsevernloven. Men det er imidlertid verdt å merke seg at det gjennom §6-3 i psykisk helsevernloven er lovfestet en programbestemmelse om kontrollkommisjonenes

uavhengighet, som medførte en endring fra 1961-loven og kan således sees som et signal fra lovgiver om viktigheten av uavhengighet. I tillegg er funksjonstiden for medlemmene av kontrollkommisjonen redusert fra seks til fire år, jf §6-2. Dette kan forstås som et ønske om en større betoning av uavhengighet og objektivitet. Det kan dermed virke som det har foregått en endring i vektlegging av nærhet for kontrollkommisjonens arbeide, til fordel for en mer uavhengig posisjon.

Samtidig blir det gjennom intervjuene med representanter for bruker- og fagorganisasjonene påpekt at kommisjonenes lokale forankring og nærhet til pasientene fremkommer som en av kommisjonenes sterkeste sider. Særlig pekes det på velferdskontrollen som et av de viktigste elementene ved kommisjonens arbeide. Da er det derfor bekymringsverdig at denne tilsynsmuligheten i mindre grad enn før blir benyttet i dag, slik det fremkommer tidligere i oppgaven.

Representanten for Rådet for Psykisk Helse var mer tvilende til verdien av disse velferdskontrollene;

”Det er usikkert i hvilken grad kommisjonene faktisk når fram til pasientene slik de fungerer i dag. De foretar jo ikke en realvurdering av pasientenes situasjon, men snarere en ren formalvurdering. Skulle de virkelig jobbet for å nå fram til pasientene måttet de jobbet ut fra helt andre vilkår. De måtte jobbet ut fra en fagpolitisk agenda, der målet måtte være å avdekke alle elementene og trinnene i forkant av en innleggelse. Man må jobbe bakover og se på pasientens forhistorie, og der finne ut hvor man bedre kan sette inn tiltakene. Bare slik kan en kontrollkommisjon fullt ut gjøre den jobben de er satt til å gjøre. Men det krever et helt annet mandat, og en helt annen arbeidsform. I særdelshet vil det kreve et sekretariat som kan bedrive den empiriske innsamlingen et slikt mandat vil kreve.”

Gjennom å utvikle en slik fagpolitisk agenda vil kontrollkommisjonene måtte endre både sin sammensetning og kompetanse, og videre også deres mandat. Selve arbeidsinnstruksen til kontrollkommisjonene gjelder i hovedsak å gjennomføre en lovlighetskontroll av tvangsinngrep. Gjennom en overgang til en slik agenda vil også denne instruksen måtte endres. Det fremstår lite sannsynlig at man i nær fremtid vil velge å gå for en slik løsning, og den fremstår nok til en viss grad som lite egnet for kommisjonene slik de fungerer i dag. Men det er et fint bakteppe å ha ved vurderingen av hva en slik lovlighetskontroll egentlig består i og hva som er dens formål. For målsettingen ved en slik fagpolitisk agenda virker rimelig klar, man ønsker gjennom en større grad av kartlegging å finne årsakene til omfanget av tvangen, slik at denne kan reduseres. Og det

må sies å være en agenda som fungerer mer pro-aktivt enn den rene legalitetskontrollen som kommer i etterkant av at tvangen er iverksatt.

Det kan også tenkes en annen retning for organiseringen av en slik legalitetskontroll enn denne som representanten for Rådet for Psykisk Helse presenterte. Man kan også tenke seg en ytterligere formalisering av kontrollen. Særdomstoler er i dette tilfellet et aktuelt alternativ til den ordningen med kontrollkommisjoner som vi har i dag.

I NOU 1999:19 "Domstolskommisjonens innstilling" diskuteres det hvorvidt det er ønskelig med en utvikling fra generalistdomstoler til et spesialisert domstolsystem i det norske rettsvesen. Her argumenteres det for at det er ønskelig med et bredest mulig saksfelt for domstolene. I forlengelse av dette har det vært diskutert hvorvidt konkrete vedtaksfattende organer skal være forvaltningsorganer eller særdomstoler. Kontrollkomisjonene i psykisk helsevern er å anse som det førstnevnte. Domstolskommisjonen uttalte i så tilfelle;

"Faren er tilstede for at det ved særdomstolene kan utvikles isolerte rettskulturer og en rettskildebruk som bryter med det som er vanlig ved de alminnelige domstoler og i samsvar med hevdvunne prinsipper." (NOU 1999:19, s. 372).

Dette kan leses som et argument mot spesialisering der Domstolskommisjonen søker å vektlegge rettsenheten ved generalistdomstolene. Man kan likevel innvende at kontrollkomisjonene i psykisk helsevern allerede kan sies å fungere som slike spesialiserte organer. Det lokale elementet ved disse domstolslignende forvaltningsorganene gjør at rettsenheten allerede er utfordret, ved at kommisjonene kan ses som spesialiserte vedtaksfattende organer.

Kjønstad argumenterer for en utvikling av en felles velferdsdomstol for de viktigste nemndene innen helse- og sosialsektoren (Kjønstad, 2008). Denne ordningen skulle bestå av et to-instans ankesystem, med ankeordninger på regionalt nivå, og en Velferdsdomstol for hele landet.

Kjønstad hevder et slikt system ville bidra til å styrke den faglige kompetansen og rettssikkerheten gjennom et kunnskapstilfang fra et samlet miljø. Videre vil en tverrfaglig sammensetning, sterk juridisk kompetanse og uavhengighet fra det ordinære forvaltningsapparatet gjøre velferdsdomstolen bedre i stand til å skjøtte sine oppgaver enn de opprinnelige nemndene.

Slik ville man i større grad kunne gjeninnføre en rettsenhet som i stor grad har blitt differensiert gjennom store lokale forskjeller. Kritikken mot dette ville i så fall være frafallet av den lokale tilknytningen og den verdien den har for pasientene i psykisk helsevern. Men en slik ordning må sies å kunne gi legalitetskontrollen ved tvangsinngrep innenfor det psykiske helsevern en enda mer uavhengig rolle.

Som evalueringen viste var det store forskjeller mellom kommisjonene når det kom til rutiner for saksbehandling, vedtaksfesting og dokumentasjon (Evalueringsrapporten 2005). Særlig var kvaliteten på det skriftlige vedtaket vedrørende tvungen psykisk helsevern og overføring ujevnt fordelt mellom kommisjonene. Det viste seg også å være stor variasjon vedrørende i hvilken grad vilkåret i psykisk helsevernloven §2-2, det faglig-materielle kravet til institusjonene, ble vurdert. I tillegg var det tilsynelatende lagt ned mindre arbeid i behandling av klager på skjerming enn ved klager på det tvungne psykiske helsevernet.

Det kan tyde på at den rettsenheten man søker å oppnå for kontrollkommisjonene er utfordret ved at de ulike kommisjonene forholder seg ulikt til den kontrollen de er satt til å håndtere. Det vil derfor være formålstjenelig å søke en mer ensrettet praksis for arbeidet i disse kommisjonene. Det er ikke å anse som god rettssikkerhet at rettighetsvernet skal være avhengig av hvilken kommisjon en søker til.

Det fremkom også gjennom intervjuene med representanter for bruker- og fagorganisasjoner, at det var store forskjeller mellom kommisjonene, både hva gjaldt arbeidsinnsats, kvalitet på behandling og utvikling av rutiner. Slik det også er nevnt tidligere er det en ujevn erfaringsutvikling mellom de ulike kommisjonene. Dette begrunnes særlig med en ulik arbeidsbelastning, og vil i sin tid medføre en kvalitetsforskjell mellom kommisjonene. Disse momentene er en utfordring for rettsenheten ved saksbehandlingen i kontrollkommisjonene. Det er derfor å anse som positivt at man i etterkant av evalueringen tar tak i de mangler som ble avdekket og søker å bøte på disse. I forbindelse med de manglene som ble nevnt her vil utviklingen av standardiserte maler kunne bidra til å styrke rettsenheten ved saksbehandlingen i kontrollkommisjonene. I tillegg vil direktoratets rundskriv som regulerer saksbehandling i kommisjonene være et verdifullt tilskudd til forskriften.



## 7 Desentralisering av det psykiske helsevern

”Det overordnede målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse er å gi pasienter med psykiske lidelser mulighet til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv. For å bygge opp under dette skal det psykiske helsevern utvikle desentraliserte, tilgjengelige og sammenhengende tjenester av høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov for tjenester. Hovedgrepet i utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste er å etablere distriktpsykiatriske sentre (DPS) som skal ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne.” (Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, 2006, s. 3).

Her gjøres det rede for det overordnede målet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette er en omstruktureringsplan for det psykiske helsevernet og har løpt over en periode på snart ni år. Som et ledd i denne planen har det vært iverksatt en rekke undersøkelser og evalueringer av områder som faller inn under psykisk helsevern. Målsettingen ved en slik desentralisering er blant annet å kunne behandle flest mulig uten for inngripende elementer av tvang.

Som vist gjennom SINTEF-rapporten benyttes det en stor grad av tvang innenfor psykisk helsevern i dag (Bruk av tvang i psykisk helsevern, 2006). Det ble også vist til at det forekommer store geografiske variasjoner mellom helseforetakene og også mellom helseregionene. Man har derfor sett det som nødvendig å gjennomføre tiltak som kan redusere bruken av tvang.

Desentralisering er som nevnt ett av disse tiltakene som vil kunne bidra til at pasientene i større grad møtes av et lokalt hjelpeapparat der man søker å finne løsninger til det beste for alle parter uten for inngripende bruk av tvang.

Representanten for Rådet for Psykisk Helse mente desentraliseringsmodellen var en riktig vei å gå innenfor det psykiske helsevern;

”Man kan se bruken av tvang med liggedøgn på de store institusjonene som et resultat av det man ikke evner å håndtere lokalt. Ved å i større grad fokusere på lokale lavterskel-tilbud vil man kunne oppnå en vesentlig reduksjon i mengden tvang som anvendes. Fra Opptrappingsplanen ble initiert og frem til i dag har man allerede redusert liggedøgn fra 6000 til 4000. Og det er hovedsakelig gjennom en desentralisering som åpner for lokale initiativ.”

Denne representanten påpeker de hittil positive resultatene av Opptrappingsplanen. Utviklingen av DPSer må kunne sies å være et tiltak som bidrar til å redusere antall liggedøgn i psykisk

helsevern. Den samme representanten ser imidlertid også bekymringer ved en økt bruk av et desentralisert tjenestetilbud;

”En mulig konsekvens av en slik storstilt desentralisering av tjenestene er det nye grunnlaget for makt som disse tjenestene produserer. La oss si et opphold ved en bo-enhet bare lar seg gjennomføre hvis man tar visse typer medikamenter. Er det tvang? Hvem kontrollerer det? Vi mangler lovverk på dette området, særlig innenfor det frivillige feltet. Dessverre vil en slik utvikling av DPSer samtidig utvikle en grobunn for mye skjult tvang.”

Det er viktige momenter denne representanten trekker frem. Det kan synes som om lovgiver ikke rekker å følge med på omstillingene som kommer som perler på en snor innenfor det psykiske helsevern. Ved en økt desentralisering vil kontroll- og tilsynsmyndighetene bli stilt overfor helt andre forutsetninger enn ved de tradisjonelle institusjonene. Det vil derfor være interessant å se på hvilke konsekvenser dette vil kunne få for kontrollkommisjonens mulighet til å fungere som en rettssikkerhetsinstans innenfor det psykiske helsevern.

## 7.1 Konsekvenser for kontrollkomisjonenes arbeide

Evalueringen av kommisjonene viste at det kunne oppstå en viss distanse mellom pasientene og kommisjonene når det gjaldt velferdskontroll for pasienter i tilknytning til slike DPS. Det hadde også oppstått en ulik praksis mellom kommisjonene når det gjaldt hvor aktive de var i sin velferdskontroll. Ved en slik desentralisering som det varsles her vil man kunne vente at en stadig større gruppe pasienter vil bli overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Det er derfor nødvendig at kontrollkomisjonene evner å følge med på denne utviklingen, slik at ikke en stor pasientgruppe faller utenfor det rettslige vernet en slik velferdskontroll er ment å representere.

Gjennom intervjuene med representantene for bruker- og fagorganisasjonene kom det fram endel overraskende funn. Representanten for Mental Helse sentralt måtte medgi at dette var en problemstilling hun ikke hadde forberedt seg på. Hun uttalte;

”Når du stiller spørsmålet på en slik måte så ser jeg jo absolutt at det i særlig grad vil være behov for en tilpasning av tilsynsmyndigheten overfor DPSene, men dette er ikke noe jeg har tenkt på at vil være et problem. Jeg har nok gått ut ifra at kommisjonene automatisk vil harmoneres mot det feltet de skal etterse. Men når jeg tenker etter har jeg verken sett eller lest noe om noen tiltak som er rettet mot kommisjonene. Dette vil i så fall være et stort problem, da det er

kjempeviktig med rettssikkerhetsinstanser som opererer innenfor områder med vide tvangsmyndigheter. Det er kritikkverdig hvis det nå omorganiseres i stor stil uten tanke på konsekvenser for pasientene.”

Det er overraskende at dette ikke har vært et tema for bruker- og fagorganisasjonene, og egentlig alle med tilknytning til kontrollkommisjonene. Dette funnet var ganske gjennomgående, de færreste hadde tenkt på de mulige konsekvensene av denne omstruktureringen og de implikasjoner det ville få for kommisjonenes arbeid. Når de ble stilt overfor problemstillingen gjorde de seg flere tanker. Representanten for Mental Helse med kommisjonserfaring påpekte;

”Jeg må innrømme at gjennom min tid i de ulike kommisjonene så er dette en gruppe pasienter vi sjelden ser. Jeg vet at kommisjonslederen ved noen tilfeller har kommunisert med pasienter uten døgnbehandling gjennom brev, men vi andre i kommisjonen traff aldri disse pasientene. Det er i det hele tatt lite kontroll med DPS, og jeg aner ikke hvordan det er tenkt gjennomført når flere pasienter overføres hit.”

Slik vi kan se av disse utsagnene virker det som det er liten bevissthet rundt de potensielle følgene en slik desentralisering medfører. Sett sammen med funnene fra evalueringsrapporten vil det være mulig å påpeke at kommisjonene står stilt overfor stor utfordring for å forhindre at disse pasientene ikke faller utenfor det rettslige vernet kontrollkommisjonen er satt til å sikre.

Denne kritikken har det ikke blitt tatt høyde for i Sosial- og helsedirektoratets arbeid med utviklingen av distriktpsikiatriske sentre. I deres veileder der de gir føringer for videreutviklingen av det desentraliserte psykiske helsevern nevnes ikke denne problemstillingen med ett ord (Distriktpsikiatriske sentre, 2006).

I Kompetansesenterets prosjektrapport ble de faglig ansvarlige bedt om å uttale seg om deres erfaringer med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (Kompetansesenterets prosjektrapport, 2005). Det viste seg at de faglig ansvarlige i liten grad hadde erfaringer med denne delen av psykisk helsevern og at kunnskapen om denne ordningen var ujevnt fordelt. Den kritikken de kom med rettet seg i hovedsak mot hvorvidt det nærliggende DPS hadde tilstrekkelige ressurser for å gjennomføre en slik desentralisert behandling. Det kan imidlertid innvendes at det nå har gått en tid etter at denne prosjektrapporten ble utarbeidet og de faglig ansvarliges kjennskap til poliklinikkpasientene nok har endret seg. Det må også anses som

positivt at et par av de spurte i undersøkelsen påpekte at en slik ordning gjorde det lettere i deres øyne å trappe ned tvangsbruken samt at den reduserte behovet for innleggelser i utgangspunktet. Representanten for Norsk Psykiatrisk Forening viste til at denne desentraliseringen er et dilemma også innenfor psykiatrien, og uttalte under intervjuet;

”Det dilemmaet som tilsynmyndighetene i så måte opplever deles i stor grad av klinikerne. For å gjennomføre en behandling på en kvalitativt god måte kreves det tid. Man må legge til rette for tid og rom i egnede omgivelser. For en stor del av pasientene vil ikke en slik desentralisert løsning være gagnende for deres behandling. I ytterste konsekvens vil en slik nedbygging av institusjonsplasser medføre plassmangel, slik at pasienter ikke kan få plass annet enn gjennom akutt-plasser eller tvang. Man har allerede sett et nedbygging av sikkerhetspsykiatrien der Dikemark fikk halvert sine plasser i henhold til en budsjettmessig begrunnelse. Det er viktig at det kan være en åpen diskurs om disse tingene, det er viktigere enn lover og forskrifter.”

Denne representanten viste til de utfordringer det kliniske behandlingsapparatet står overfor ved en overgang til en slik desentralisert modell. Han ser fortsatt behovet for institusjonsplassene og er bekymret for hvilke konsekvenser en fortsatt nedskjæring på dette feltet kan medføre. Han påpekte videre at tilsynsmyndighetene i stor grad ville rammes av de samme problemene som klinikerene, da de også ville ha behov for tid og rom for å kunne skjøtte sin tilsynsmyndighet overfor pasientene.

I en evalueringrapport av Opptrappingsplanen for psykisk helse går man igjennom ti delprosjekter som ble satt igang som en del av kunnskapsinnsamlingen midtveis i denne (Evaluering av Opptrappingsplanen, 2004). Heller ikke her diskuteres kontrollkomisjonenes rammevilkår i forhold til et desentralisert psykisk helsevern. Gjennom flere delprosjekter går de igjennom flere viktig aspekter ved denne planen og dens virkemidler gjennom desentralisering. I hovedsak tar de fleste av disse prosjektene for seg kvaliteten i de enkelte tjenestene, tilgjengelighet, kompetansegrunnlag og brukermedvirkning. Gjennom hele denne evalueringrapporten nevnes ikke temaene rettssikkerhet og tilsyn med et ord. Dette har vist seg å være et dominerende trekk ved flere av rapportene som kommer i kjølvannet av Opptrappingsplanen. Selv den store SINTEF-rapporten nevner ikke ordet menneskerettigheter, noe også Syse påpeker. Han skriver;

”Det har de siste årene, i motsetning til tidligere, vært lagt større vekt på å tallfeste – og vurdere – den faktiske forekomsten av tvang. Dette er et nødvendig utgangspunkt for å kunne redusere den tvangen som fremstår som unødvendig. Psykiatriske institusjoner verden over har i stor utstrekning vært basert på en høygradig tvangsbruk. Dette er avspeilet ikke minst gjennom viktige skjønnlitterære bidrag. Berettigelsen av intensiv tvangsbruk synes først de siste tiårene å ha blitt dratt i tvil. Ulike tiltak for å redusere tvangsbruk har i større grad blitt begrunnet ut fra humanitære hensyn – unødig og derved uønsket og uberettiget tvang bør begrenses til det minimale – enn ut fra en oppfatning om at slik tvang kan komme i strid med våre menneskerettslige forpliktelser. F eks er ikke ordet ”menneskerettigheter”, eller synonymer for dette, benyttet i rapporten fra Helsetilsynet om bruk av tvang i psykiatrien.” (Syse, 2006, s. 342).

Det synes besnærende at et så viktig middel for å bidra til å sikre og styrke kvaliteten på det psykiske helsevernet knapt nok registreres av de som er satt til å evaluere fremgangen med Opptrappingsplanen. Det er av avgjørende betydning for pasientenes rettssikkerhet at de utfordringer som kontrollkommisjonene står overfor i møte med et desentralisert psykisk helsevern blir tatt på alvor.

Representanten for LPP uttalte seg slik om mulige konsekvenser av en desentralisering;

”Jeg tror den økte saksbehandlingen går ut over pasientene, og jeg tror særlig rettssikkerheten reduseres for de i første-linje-tjenesten. Ved en desentralisering vil de være de første som rammes, da kommisjonenes mulighet for velferdskontroll vil forverres. Men når det er sagt så er pasientpopulasjonen på DPSene mindre belastet med tunge diagnoser, det er i hovedsak mildere psykiske lidelser som omfattes av tilbudet på DPS. Sånn sett vil ikke behovet for tilsyn være like stort som ved institusjonene.”

Denne representanten foretar en vekting av behovet for tilsyn ut fra graden av alvorlighetsgrad på diagnosen. Dette synes som en rimelig avveining å foreta. Men ser man dette i relasjon til utsagnet fra representanten for Rådet for Psykisk Helse, der han vektlegger potensialet for skjult tvang og et utvidet maktgrunnlag, så fremstår der mer rimelig at et slikt tilsyn burde forekomme i like stort omfang begge steder.

I henhold til evalueringen av kontrollkommisjonene kom det fram en ulik praksis blandt kommisjonene ved utøvelse av velferdskontroll for pasienter i tilknytning til DPSer (Evalueringsrapporten, 2005). Flere av kommisjonene uttrykte usikkerhet når det gjaldt hva denne kontrollen skulle omfatte og rundt halvparten uttrykte at de ikke hadde nok kapasitet til å ivareta denne kontrollen. Det forekom store forskjeller både med hensyn til tilsynshyppighet,

rutiner for tilsynsbesøk og behandling av klage- og etterprøvingssaker. Dette er alle vesentlige aspekter ved kontrollkomisjonenes arbeid for å sikre at et vern er i henhold til norsk lov. Det synes derfor som klart bekymringsfullt at dette ikke legges mer vekt på i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern. For å komme denne kritikken i møte er det tydelig et klart behov for en klargjøring av hvilken rolle kontrollkomisjonene skal spille i forhold til det desentraliserte psykiske helsevern.

I etterkant av evalueringsrapporten har det som nevnt tidligere blitt utviklet et saksbehandlingsrundskriv som skal sikre en større grad av likebehandling mellom kontrollkomisjonene. I rundskrivets kapittel fire gjøres det rede for kontrollkomisjonenes velferdskontroll. De skriver;

”Andre institusjoner, f eks et distriktpsikiatrisk senter som kun har ansvar for pasienter under frivillig psykisk helsevern og/eller pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, skal besøkes minst 4 ganger i året. Besøkhypigheten må avpasses etter antall pasienter knyttet til institusjonen. Det er viktig å følge opp pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dersom et distriktpsikiatrisk senter har ansvar for mange pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kan dette tilsi at institusjonen bør besøkes for eksempel en gang i måneden.” (Saksbehandlingsrundskriv IS-10/2007, s. 20).

Her gis det anbefalinger for tilsynshypigheten for kontrollkomisjonene i møte med DPSer. Som vi ser bemerkes det at slike tilsyn er viktige, men det gis få andre føringer utover dette. Særlig er det betenkelig at det ikke i større grad gis føringer for hvordan den generelle saksbehandlingen i klage- og etterprøvingssaker skal utføres for pasienter med tilknytning til distriktpsikiatriske sentre. Dette må kunne sies å så tvil rundt kontrollkomisjonenes evne til å fullt ut fungere som en rettssikkerhetsinstans for pasienter uten døgnbehandling tilknyttet DPSer.

## **8 Oppsummering og avsluttende bemerkninger**

”Det er så viktig med et organ som kan sikre at pasientene ikke utsettes for vilkårlighet og stor inngrep i sin integritet. Men dessverre må jeg nok si at denne kontrollen nok ikke alltid fungerer etter intensjonen.”

Det er representanten for Mental Helse sentralt som uttaler dette. Hun uttrykte stor bekymring over at det i liten grad ser ut til at kommisjonene har evnet å styrke sin posisjon som en rettssikkerhetsinstans. En liknende uttale kom fra Georg Høyer da han oppsummerte de viktigste funnene i sin undersøkelse fra 1980-tallet;

”Prosjektet gir holdepunkter for at kontrollkommisjonene ikke fyller sin oppgave som rettssikkerhetsinstans på en fullgod måte. Det er vist i prosjektet at ulike kommisjoner har utviklet ulik praksis, og at kommisjonene har ulike fortolkninger av lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern. Kommisjonenes passivitet som særlig gir seg utslag i at kommisjonene sjelden tar opp saker på eget initiativ, og som muligens må sees på bakgrunn av deres store arbeidsbelastning, er også til hinder for at kommisjonene kan fungere tilfredsstillende som rettssikkerhetsinstans. Kommisjonenes manglende kompetanse når det gjelder overprøving av overlegens psykiatriske skjønn som er påpekt, representerer også en svakhet ved kommisjonene.” (Høyer, 1986, s. 72).

I lys av de erfaringene man kan høste fra utsagnene til representantene for bruker- og fagorganisasjonene, er det ikke mulig å gå like krasst til verks som det Høyer her gjorde. Til sammenlikning har de ulike erfaringene til representantene for bruker- og fagorganisasjonene bidratt til å kaste lys over flere aspekter ved den tradisjonelle kritikken mot kontrollkommisjonene. Representantene har kommet med innspill og kommentarer som har gitt de ulike momentene større utfordring. Jeg har også opplevd å bli overrasket over de ulike representantenes holdninger til visse momenter. Særlig gjorde det seg gjeldende i diskusjonen vedrørende en mulig kompetanseheving til spesialistkompetanse for det legekyndige medlemmet. Jeg hadde i større grad ventet en tilslutning til en slik kompetanseheving fra de representantene som hadde bruker- og pårørendeerfaring.

Oppsummerende kan man si at det er særlig tre momenter ved representantenes erfaringer som gjør seg gjeldende for kommisjonenes evne til å fungere som en rettssikkerhetsinstans; den økte rettsliggjøringen av kommisjonenes arbeid, problemene med å overprøve behandlingsvilkåret og den faglige sammensetningen i kommisjonene.

Rettsliggjøringen fremsto gjennom representantenes uttalelser som det momentet som utfordret kommisjonene mest og som samtidig i størst grad gjorde det vanskelig for kommisjonene å fullt ut skjøtte den funksjonen de var tillagt, særlig gjaldt dette i de tilfeller der en økt rettsliggjøring av kommisjonenes arbeid gikk ut over velferdskontrollen. Sett i sammenheng med en økende

grad av desentralisering innenfor det psykiske helsevern er det bekymringsverdig at kommisjonene i så stor grad som det kom fram gjennom uttalelsene til representantene, lar denne økte arbeidsbelastningen gå ut over velferdskontrollen på DPS.

Slik det kom fram gjennom uttalelsene til representantene vedrørende overprøving av behandlingsvilkåret, var dette også en stor utfordring for kommisjonene, da de i liten grad var i stand til å overprøve den faglige ansvarlige. Den videre diskusjonen viste at det ikke nødvendigvis ville bli stilt anderledes ved et fravær av dette vilkåret, men her var det stor uenighet mellom representantene. Deres erfaringer på dette området bidrar imidlertid med et bilde av at dette er et særdeles vanskelig landskap å håndtere for kommisjonene.

SINTEF-rapporten viste at kontrollkommisjonene i aller høyeste grad har en viktig funksjon innenfor psykisk helsevern. Det som særlig gjør seg gjeldende her er den svake pasientpopulasjonen som dominerer både innenfor frivillig og tvungent vern. Helsetilsynet konkluderer i sin rapport at de på grunn av denne svake brukergruppen ikke anså kontrollkommisjonsordningen som en tilstrekkelig rettssikkerhetsgaranti innenfor dette området (Bruk av tvang i psykisk helsevern, 2006).

Det kan derfor virke nødvendig å styrke den tilsynsfunksjonen som kontrollkommisjonene utgjør. I tråd med den desentraliseringen som nå foregår innenfor psykisk helsevern vil det være av avgjørende betydning for kontrollkommisjonenes mulighet til å fungere som rettssikkerhetsinstans at det settes i verk tiltak som kan bøte på den kritikken som kommer frem gjennom disse rapportene.

Gjennom representantene for bruker- og fagorganisasjonene har vi fått et bilde på hvilke erfaringer disse gjør seg med kontrollkommisjonenes evne til å fungere som rettssikkerhetsinstans i det psykiske helsevernet. De tegner til dels ulike bilder, og har tydelig ulik erfarings- og rollebakgrunn. Til tross for dette mener jeg å kunne påpeke at disse erfaringene som kommer frem viser at kommisjonene bare i liten grad evner å være den rettssikkerhetsinstansen den er ment å være.



## 9 Litteraturliste

Andenæs, Kristian (1985): "Ikke-juridiske profesjoner som rettsavnvendere. Om kunnskap og kunnskapsmangler ved retten som styringsinstrument" I: *Pasientrettigheter – hva nå?*. Universitetsforlaget, Oslo.

Andenæs, Kristian (1989): "The Law and the Nonlegal Professionals: On Decision-making by Medical Doctors and Social Workers" I: *International Journal of Law and Psychiatry*. Volum 12, nr. 4, s. 263-274. Pergamon, New York, USA.

Andenæs, Kristian (1994): "Skandale!". I: *Nytt Norsk Tidsskrift*. Årgang 11, nr. 1, s. 70-80. Universitetsforlaget, Oslo.

Aubert, Vilhelm (1965): "Legal justice and mental health" I: *The hidden society*. Totowa, N.J. Kap. 2, s. 55-82. Bedminster Press. New Brunswick, USA.

Blichner, Lars og Anders Molander (2006): "Maktutredningens rettssliggjøringsbegrep" I: *Tidsskrift for samfunnsforskning*. Nr. 4. s. 601-611. Universitetsforlaget, Oslo.

Bratholm, Anders (1980): *Strafferett og samfunn*. Universitetsforlaget, Oslo.

*Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2006. Nr. 4 2006. Februar 2006. Statens helsetilsyn, Oslo.

*Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002)*.

*Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. IS-1388 Veileder. Sosial- og helsedirektoratet, nr. 9 2006.

Duvaland, Lars (2002): "Fylkesnemndsbehandlingen sammenlignet med andre vedtaksfattende organer i Norge" I: *Barnevern, fylkesnemnder og rettssikkerhet. Rettssikkerheten ved fylkesnemndenes behandling av tvangssaker etter barnevernloven*. Asbjørn Kjøenstad (red). Gyldendal Akademisk, Oslo.

*Erfaringer med psykisk helsevernloven ved akuttpsykiatriske avdelinger 2001-2005. En spørreskjemaundersøkelse blant overleger og andre med faglig ansvar for vedtak i henhold til*

*loven. Kompetansesenterets Prosjektrapport 2005-2. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels-, og rettsspsykiatri. Helseregion Øst og Helseregion Sør.*

*Evaluering av kontrollkomisjonene i psykisk helsevern. Evalueringsrapport IS-1338 12/2005. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.*

*Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter. Norges forskningsråd 2004.*

*Forskrift om bruk av Skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet av 15. desember 2006 nr. 1423*

*Forskrift om Individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr. 183*

*Forskrift om Kontrollkomisjonenes virksomhet av 21 desember 2000 nr. 1408.*

Foucault, Michel (1999): *Galskapens historie. I opplysningens tidsalder*. 3. utg. Gyldendal, Oslo.

Foucault, Michel (2001): *Overvåkning og straff. Det moderne fengslets historie*. 3. utg. Gyldendal, Oslo.

Frihagen, Arvid (1992): *Forvaltningsrett III. Omgjøring, kontroll og ugyldighet*. 4. utg. Forlaget A. Frihagen, Oslo.

Geelmuyden, Niels Chr. (2002): "Tilfellet Juklerød" I: *Den må du lese! 24 favorittfortellinger*. Gyldendal, Oslo.

Goffman, Erving (1961): *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. An Anchor Press Book, Doubleday, New York, USA.

Hauge, Ragnar (1996): *Straffens begrunnelser*. Universitetsforlaget, Oslo.

Hegnar, Ulrik (1996): *Brev til Statens helsetilsyn. Kontrollkomisjonenes behandling av klagesaker for året 1993*. Datert 11. November 1996.

Holme, Idar Magne og Bernt Krohn Solvang (1993): *Metodevalg og metodebruk*. Tano, Oslo.

Høyer, Georg (1986): *Tvungent psykisk helsevern i Norge: Rettssikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen*. Bind 10, ISM Skriftserie, Universitetet i Tromsø, institutt for samfunnsmedisin. Tromsø.

Jacobsen, Jørn RT (2004): *Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Straffeloven §39*. Fagbokforlaget, Bergen.

Jagmann, Berit (2002): *Kontrollkomisjonene som rettssikkerhetsgaranti. En vurdering av kontrollkomisjonene som rettssikkerhetsgaranti for pasienter med psykiske lidelser som er underlagt tvang etter lov om psykisk helsevern og en gjennomgang av vedtakene i to kontrollkomisjoner i 2001*. Spesialoppgave, våren 2002. Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet. Oslo.

Kjønstad, Asbjørn (2004): "Rettsskapende virksomhet, velferdstjenester og pasientrettigheter" I: *Lov og rett. Norsk Juridisk Tidsskrift*. Nr 7 -8 2004 s. 385-386.

Kjønstad, Asbjørn (2008): "Helsepersonellnemnda og rettssikkerheten" I: *Klagenemnder. Rettssikkerhet og effektivitet*. Nina Mår og Barbro Andenæs (red). 2008 Fagbokforlaget, Bergen.

*Lov om behandlingsmåten i forvaltingssaker (forvaltningsloven) av 17. desember 2004 nr. 101.*

*Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 30. juni 2006 nr. 45.*

Lystad, Marte og Tone Viljugrein(1994): *Et lovforslags skjebne, profesjonsinteresser og pasientrettigheter. En analyse basert på høringsuttalelser på NOU 1988:8 "Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke"*. Mellomfag i kriminologi våren 1994. Universitet i Oslo, institutt for kriminologi. Oslo.

Løchen, Yngar (1976): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Universitetsforlaget, Oslo.

Mathiesen, Thomas (1982): *Makt og motmakt*. Pax Forlag, Oslo.

Mathiesen, Thomas (2001): *Retten i samfunnet. En innføring i rettssosiologi*. Pax Forlag, Oslo.

Mauritzen, Signe Helene (1999): *Kontrollkommisjonen i psykisk helsevern*. Særavhandling i sosialrett 1999. Universitetet i Oslo, det juridiske fakultet. Oslo.

Norsk Psykologforening (2006): *Brev til Sylvia Brustad: Vedrørende Innst. O. nr 66 (2005-2006)*.

Norvoll, Reidun (2002): "Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern" I: *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Reidun Norvoll (red) 2002. Gyldendal Akademisk, Oslo.

*NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke*. Sosialdepartementet. Oslo.

*NOU 1999:19 Domstolskomisjonens innstilling*. Justisdepartementet. Oslo.

Ohnstad, Bente (2002): *Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning*. Fagbokforlaget, Bergen.

Olsen, Bente Kristin (2002): "Historisk perspektiv på rettssikkerheten i barnevernet". I: *Barnevern, fylkesnemnder og rettssikkerhet. Rettssikkerheten ved fylkesnemndenes behandling av tvangssaker etter barnevernloven*. Asbjørn Kjønsstad (red). Gyldendal Akademisk, Oslo.

*Ot. prp. nr. 65 (2005-2006). Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.*

*Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus (1980). Oslo.*

*Rettsikkerhet ved tvang. Informasjonsbrosjyre. IS- 1335 2006. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.*

Ringdal, Kristen (2001): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode.* Fagbokforlaget, Bergen.

*Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern. Rundskriv. IS- 10/2007. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.*

*St. mld. nr.32 (1976-1977) Rettsikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner. Justis- og politidepartementet, Oslo.*

St.mld.nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet.* Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

Steine, Siri (1996): <http://www.uib.no/isf/utposten/1997nr1/utp97114.htm>

Støkken, Anne Marie (2002): "Profesjoner: kontinuitet og endring" I: *De profesjonelle. Relasjoner, identitet og utdanning.* Børre Nylehn og Anne Marie Støkken (red). 2002 Universitetsforlaget, Oslo.

Sunde, Cathrine (2000): *En teoretisk analyse av begrepet rettsikkerhet.* Særavhandling 2000. Universitetet i Oslo, det juridiske fakultet. Oslo.

Sunde, Cathrine Opstad (2002): "Hva er rettsikkerhet?" I: *Barnevern, fylkesnemnder og rettsikkerhet. Rettsikkerheten ved fylkesnemndenes behandling av tvangssaker etter barnevernloven.* Asbjørn Kjønsstad (red). Gyldendal Akademisk, Oslo.

Syse, Aslak (2001a): *Pasientrettighetsloven med kommentarer.* Gyldendal Akademisk, Oslo.

Syse, Aslak (2001b): *Velferdsrett*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Syse, Aslak (2006): "Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed innenfor psykiatrien". I: *Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter*. Nr. 4 2006. s. 318-342. Universitetsforlaget, Oslo.

Thune, Gro Hillestad (2008): *Overgrep. Søkelys på psykiatrien*. Abstrakt forlag as, Oslo.

*Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*. Tiltaksplan IS-1370 Juni 2006. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.

Torgersen, Ulf (1972): *Profesjonssosiologi*. Universitetsforlaget, Oslo.

Weber, Max (1982): *Makt og byråkrati*. Gyldendal, Oslo.

Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Universitetsforlaget, Oslo.

Østerud, Øyvind, Fredrik Engelstad og Per Selle (2003): *Makten og demokratiet. Maktutredningen*. Gyldendal, Oslo.

**Totalt: 36 765 ord.**

## **10 Lister over tabeller og figurer m v**

<http://www.uio.no/studier/emner/jus/jus/VALSPE10/>